

MARIE-NOËLLE BÉLANGER-LÉVESQUE

**LE PROCESSUS SPIRITUEL DES FEMMES VIVANT UN
ACCOUCHEMENT VAGINAL FACE À LA QUESTION DE
L'ANESTHÉSIE ÉPIDURALE**

Entre faire face à l'inconnu et accoucher de moi-même

Thèse présentée
au Centre d'études du religieux contemporain
de l'Université de Sherbrooke
Comme exigence partielle du programme
de Doctorat en études du religieux contemporain
pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)

CENTRE D'ÉTUDES DU RELIGIEUX CONTEMPORAIN
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
SHERBROOKE

2020

RÉSUMÉ

Cette thèse doctorale interdisciplinaire fait le pari d'examiner le phénomène québécois de l'accouchement sous anesthésie épidurale, avec un des taux d'utilisation les plus élevés mondialement, sous un angle de recherche original, celui de la spiritualité. La formulation fixée de la question de recherche est ainsi : *Quel est le processus spirituel des femmes vivant un accouchement vaginal, à la fois révélé et restreint par la question de l'anesthésie épidurale?*

La démarche empirique par méthodologie de théorisation ancrée constructiviste auprès de femmes ayant récemment accouché a mené à un processus spirituel révélée par la question de l'épidurale. Celui-ci se caractérise par: i) une tension existentielle/décisionnelle ("faire face à l'inconnu"); ii) une affirmation spirituelle ("plonger"); iii) une connexion spirituelle ("sentir plus grand en/hors moi"); et iv) une transformation spirituelle ("accoucher de moi-même").

L'anesthésie épidurale joue ici deux rôles. D'abord, pour vivre ce processus, la femme qui accouche est appelée à mobiliser son noyau spirituel, composé de quatre dimensions (sens, relation, paix, transcendance; Koenig et Büssing 2010). Si ce noyau est insuffisamment solide ou sollicité, l'anesthésie épidurale pallie la souffrance spirituelle qui en résulte (« ne pas me sentir »). « Me soulager avec l'épidurale » limite toutefois l'accès au processus spirituel, car la femme n'a pas autant contact avec elle-même et à ses ressources spirituelles, résultant à moins d'expériences spirituelles et de transformation spirituelle. Néanmoins, si elle en limite l'accès, l'épidurale n'empêche pas le processus spirituel, alors que d'autres voies alternatives peuvent être empruntées.

D'un point de vue clinique, la thèse implique de sortir l'anesthésie épidurale d'un discours restreint à la gestion de la douleur, pour s'en servir comme question facilitant l'exploration du processus spirituel de l'accouchement et l'identification de souffrance spirituelle. D'un point de vue scientifique, elle invite à investiguer de nouveaux lieux pour le religieux contemporain du « faire face à l'inconnu » à partir de ce nouveau modèle conceptuel de la spiritualité.

À celles et ceux qui osent (pro)créer

REMERCIEMENTS

Merci à chacune et chacun qui m'ont généreusement partagé leur expérience de naissance et leur opinion sur le sujet de l'accouchement sous épidurale. Je me devais de faire (et terminer) cette thèse : il y avait trop à dire.

Merci à mon comité de direction de thèse, qui m'a entendu dans mes peurs et mes désirs dans mon plus long accouchement; à Marc Dumas, pour sa confiance et sa constance; à Jean-Charles Pasquier, pour son mentorat et son humanité; à Marie-Claude Jacques, pour m'avoir accompagnée à me rendre à bon port.

Merci à Thèsez-vous, pour m'avoir donné les outils pour rédiger et une communauté pour partager. Merci au Fond québécois de recherche – société et culture, pour m'avoir accordé trois ans sans préoccupations financières.

Merci aux femmes solides qui m'ont précédée et guidée. À mes grand-mamans, pour les exemples d'affirmation : elles sont toutes sauf effacées. À maman, pour son plaisir des questions difficiles et son dévouement à chercher à leur répondre. À mon enseignante de formation personnelle et sociale Marie-Claude, pour avoir lancé ma réflexion sur l'accouchement à l'âge de treize ans en témoignant en classe de son expérience récente : tout me devenait possible. À mes sages-femmes Deanna et Manon, pour m'avoir « simplement » laissée accoucher (de moi-même aussi).

Merci à mon mari Mathieu, mon co-chercheur depuis 20 ans, celui de tous les accouchements.

Enfin, à mes enfants : Emmanuel, mon éternel et sage témoin; Aurélie, ma fouguese et sensible missionnaire; Sophiane, mon espiègle petit ange; et Amandine, ma battante et radieuse sainte. Merci. C'est tellement un honneur d'être votre mère : continuez d'être exigeants et merveilleux, comme l'a été votre naissance, et je tenterai toujours d'être la courageuse personne qui s'ouvre pour vous accueillir.

AVANT-PROPOS

[Merci de tolérer ma « parlure » pour cette section qui sort de mes tripes.]

Avez-vous déjà pris un chemin dans le bois qui ne menait nulle part?

Je viens du Bas-St-Laurent, d'une famille de camionneurs forestiers. J'ai passé l'été de mes 12 ans dans le camion de mon père : se lever à 3h du matin, faire sa sandwich jambon-moutarde, partir quand tout le monde dort, pis juste aller vers nulle part. Il y a quelques années, mon grand-père maternel a été ben malade, je pense qu'il pensait que je pensais qu'il pensait qu'il allait mourir. À l'hôpital, mon grand-père était pas ben à l'aise. Ben émotif, il m'a dit : « De la fenêtre, je vois les arbres pis je pense à toute le bois que j'ai vu... » Mon grand-père, un homme tellement sensible qui toute sa vie a vu la forêt et qui se demande s'il la reverrait.

Parce que vous ne le savez peut-être pas ce qu'il y a dans ses forêts qui englobent ces chemins forestiers qui ne vont nulle part. C'est le Mystère, la Vie qui bat très fort, le grand Silence qui enterre le ronronnement du moteur du *truck*. C'est tellement dense. Tu le sens particulièrement juste avant que le soleil se lève, alors que les étoiles disparaissent. Tu la sens ta p'tite place dans l'univers pis tu la sens la vie qui bat tout autour de toi.

Quand j'ai des mauvaises journées de recherche, j'ai tendance à envier ceux/celles qui ont un terrain religieux bien identifié : le religieux est bien là devant toi, tu peux t'asseoir pour le creuser, pour l'étudier. Je ne dis pas que c'est pas d'la grosse job : c'est exigeant, j'enlève rien à personne. Mais dans mes mauvaises journées, je me dis : « *POURQUOI* tu t'es embarquée là-dedans? »

Mais dans le fond, je le sais pourquoi. C'est à cause de cette forêt.

Parce qu'au Québec actuellement, si l'on peut identifier clairement le religieux à quelques endroits, quelques coins de civilisations, reste que le territoire est surtout rempli d'une grande forêt où le religieux/spirituel reste tapi, caché, tabou, je ne sais toujours pas quel mot utilisé exactement. Et que moi, je ne l'ai jamais senti aussi fort que dans un coin précis : dans mes *accouchements*.

Mon directeur de recherche Marc Dumas a cette expression : « traquer le théologal ». Je pense qu'avec le temps, c'est devenu comme un mantra pour moi, j'ai fini par voir que c'était ça mon boulot : « traqueuse du théologal ». Lors d'une conférence, j'ai dit spontanément que je suis une aventurière, mais ça peut être pas mal intense et pas mal moins glorieux que ça traquer des indices dans un monde sécularisé, une société qui a mal à dire ce que ça veut dire être spirituel, qui se veut détacher de ses repères religieux. Mais quand même, oser cette grande aventure : entourée de mon comité de thèse, équipée de quelques outils, j'arpente le territoire de l'accouchement, à la recherche d'indices, à ressentir ce que je pouvais y découvrir.

Cette thèse n'est qu'une cabane que je me suis construite un peu plus à l'intérieur de la forêt. Loin d'avoir tout compris, d'avoir tout arpenté, j'en connais toutefois mieux le terrain. De cette cabane, je sens mieux le spirituel/religieux/théologal, je reconnais ses bruissements, ses cris. C'est dans cette cabane que je vous invite : une place au chaud pour contempler la Grande Forêt qui nous entoure.

Je n'aurais jamais pensé faire une recherche sur l'épidurale. En fait, j'ai accouché quatre fois, toujours sans anesthésie, dont trois fois à la maison. En en parlant avec mes sœurs, sans que je puisse dire pourquoi, ni elles, ni moi n'avons jamais même pensé prendre l'épidurale.

Ce sont les récits de femmes qui ont piqué ma curiosité sur le sujet. Ce sont elles qui m'ont parlé d'épidurale lors de mon mémoire de maîtrise alors que j'abordais la spiritualité de la naissance. Chacune avec une émotion différente : acceptation, soulagement, regret, etc. Parfois, toutes ces émotions mélangées. Puis j'ai su que plus du deux-tiers des accouchements vaginaux sont sous anesthésie épidurale au Québec, plus que partout au Canada. Soudainement, j'ai eu l'impression d'être en décalage avec une culture qui est pourtant la mienne. J'étais étonnée. J'ai tout simplement voulu comprendre. Et comprendre m'a transformée.

Toutes les femmes qui osent faire le choix d'accoucher et devenir mère, avec tout ce que ça comporte aujourd'hui et ici, méritent le respect. Ceci est d'autant plus vrai pour celles qui acceptent de relire leur expérience, comme celles qui m'ont rencontrée pour ce projet. Ainsi, devant la sensibilité que le sujet de la maternité touche, je tiens à dire d'emblée que j'aborde le sujet sans jugement négatif, avec seulement le désir de comprendre ce que les femmes qui accouchent ont à dire sur le monde que je partage avec elles. Je célèbre les femmes qui accouchent, peu importe leur histoire, peu importe l'épidurale, pour avoir choisi de *faire face à l'inconnu*, et d'avoir, selon leurs moyens, leurs désirs et leur contexte, pris le risque d'y *plonger* et d'*accoucher d'elle-même*.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
REMERCIEMENTS	v
AVANT-PROPOS.....	vi
TABLE DES MATIÈRES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES FIGURES	xiii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 – PROBLÉMATIQUE (LA « CONCEPTION »)	5
1.1 L’ANESTHÉSIE ÉPIDURALE EN CONTEXTE D’ACCOUCHEMENT	5
1.1.1 Méthode de gestion de la douleur efficace et effets secondaires	6
1.1.2 Taux d’utilisation plus élevée inexplicée et éléments de résistance	8
1.2 LA SPIRITUALITÉ COMME PERSPECTIVE THÉORIQUE	12
1.2.1 Vision préalable : le programme de recherche SPIN (SPIritualité et Naissance)	12
1.2.2 Perspective théorique adoptée en cours de projet	14
CHAPITRE 2 – RECENSION DES ÉCRITS ET DONNÉES PRÉALABLES (LE	
« PRÉNATAL »)	18
2.1 MISE EN CONTEXTE ET OBJECTIF DE LA RECENSION DES ÉCRITS	18
2.2 MÉTHODE DE RECHERCHE ET D’ANALYSE DOCUMENTAIRES.....	20
2.3 RECENSION DES ÉTUDES EMPIRIQUES SUR LE PROCESSUS DÉCISIONNEL FACE À	
L’ÉPIDURALE	21
2.3.1 Niveau individuel : peur de l’épidurale et de l’accouchement.....	23
2.3.2 Niveau microsocial : impact du partenaire, de l’entourage et de la culture	24
2.3.3 Niveau institutionnel : impact du soignant et de la culture institutionnelle.....	25
2.3.4 Niveau macrosocial : paradigmes de la douleur concurrents.....	27
2.3.5 Intégrer plusieurs niveaux d’analyse : un exemple de la complexité	30

2.4	ÉTUDES EMPIRIQUES SUR LA SPIRITUALITÉ LORS DE L'ACCOUCHEMENT.....	31
2.4.1	Niveau macrosocial : le vide en recherche et les paradigmes médicaux concurrents	32
2.4.2	Niveau institutionnel : la spiritualité comme besoin et ressource dans le paradigme technocratique dominant.....	33
2.4.3	Niveau microsocial : la spiritualité comme facilitateur soignant-soigné dans le paradigme humaniste	37
2.4.4	Niveau individuel : la spiritualité au cœur du paradigme holistique	39
2.5	DONNÉES PRÉALABLES : L'ENQUÊTE LILAS	42
2.5.1	Méthode	42
2.5.2	Résultats	43
2.5.3	Discussion	47
2.6	SYNTHÈSE ET QUESTION DE RECHERCHE INITIALE: CE QUE FEMME VEUT?.....	48
 CHAPITRE 3 – MÉTHODOLOGIE ET MÉTHODE DE LA THÉORISATION ANCRÉE		
CONSTRUCTIVISTE (LE « TRAVAIL LATENT ET ACTIF »)		52
3.1	LA MÉTHODOLOGIE EN TANT QUE CHOIX ÉPISTÉMOLOGIQUE.....	53
3.1.1	Le projet épistémologique des fondateurs de la MTA	53
3.1.2	La posture constructiviste	54
3.1.3	Justification pour la problématique.....	57
3.2	LA MÉTHODE DE COLLECTE DE DONNÉES	59
3.2.1	Entretiens semi-dirigés.....	61
3.2.2	Observation non-participante.....	65
3.2.3	Journal de bord.....	65
3.2.4	Autres sources de données	66
3.3	LA MÉTHODE D'ANALYSE.....	66
3.3.1	Codage initial	68
3.3.2	Méthode de la comparaison constante	69
3.3.3	Mémo et schématisation	70
3.3.4	Codage focalisé et catégorisation.....	72
3.3.5	Échantillonnage théorique	73
3.3.6	Saturation (théorique) des catégories et rédaction de la théorie	74
 CHAPITRE 4 – RÉSULTATS DE LA THÉORISATION ANCRÉE (LA « NAISSANCE »)		
.....		76
4.1	RÉSULTATS DE L'OBSERVATION NON-PARTICIPANTE	77
4.2	PORTRAIT DES PARTICIPANTES AUX ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS.....	78
4.3	RÉSULTATS DE LA THÉORISATION ANCRÉE : LE PROCESSUS SPIRITUEL DE FAIRE FACE À L'INCONNU.....	80
4.3.1	Ne pas me sentir : la souffrance spirituelle et le rôle de l'épidurale	81
4.3.2	Plonger : l'affirmation spirituelle.....	89
4.3.3	Sentir plus grand en/hors moi : la connexion spirituelle.....	99
4.3.4	Accoucher de moi-même : la transformation spirituelle.....	109
4.4	SYNTHÈSE : LE PROCESSUS SPIRITUEL DES FEMMES VIVANT UN ACCOUCHEMENT	

VAGINAL À LA FOIS RÉVÉLÉ ET RESTREINT PAR LA QUESTION DE L'ÉPIDURALE.....	118
CHAPITRE 5 – DISCUSSION (LA « MISE AU MONDE »).....	120
5.1 L'AXE DU NOYAU SPIRITUEL.....	120
5.1.1 Faire face à l'inconnu : pertinence de la spiritualité comme cadre d'analyse.....	121
5.1.2 Le noyau spirituel : quatre dimensions en tension.....	123
5.1.3 La souffrance spirituelle et l'anesthésie épidurale	136
5.2 L'AXE DU PROCESSUS SPIRITUEL.....	139
5.2.1 Sortir du discours des besoins spirituels et de la polarisation spiritualité-épidurale	139
5.2.2 L'affirmation spirituelle : le courage de plonger au-delà du bébé.....	143
5.2.3 La connexion spirituelle : en/hors moi.....	148
5.2.4 La transformation spirituelle : devenir moi.....	154
5.3 SYNTHÈSE : LA « MISE AU MONDE » ET L'AXE DE L'ÉPIDURALE.....	160
CHAPITRE 6 – FORCES, LIMITES ET RECOMMANDATIONS (LE « POSTPARTUM » ET L'ÉVENTUELLE FRATRIE).....	163
6.1 RETOUR SUR LA QUESTION ET LES OBJECTIFS DE RECHERCHE	163
6.2 LIMITES DE L'ÉTUDE.....	164
6.3 FORCES DE LA THÈSE	166
6.3.1 Crédibilité	167
6.3.2 Originalité	168
6.3.3 Résonnance	168
6.3.4 Utilité	170
6.4 RETOMBÉES ET RECOMMANDATIONS CLINIQUES : SE SERVIR DE LA QUESTION DE L'ÉPIDURALE POUR FACILITER LE PROCESSUS SPIRITUEL DE L'ACCOUCHEMENT.....	170
6.4.1 Pour les femmes qui accouchent : découvrir le potentiel spirituel de l'accouchement	171
6.4.2 Pour les autres personnes présentes à l'accouchement : identifier les besoins spirituels révélés par la question de l'épidurale.....	172
6.4.3 Pour les soignant.es en périnatalité : se pencher sur sa posture professionnelle face à la spiritualité de l'accouchement	173
6.4.4 Pour le système de santé : sortir l'épidurale d'un discours restreint à la gestion de la douleur	174
6.5 RETOMBÉES ET PERSPECTIVES SCIENTIFIQUES : EXPLORER AUTREMENT LE FAIRE FACE À L'INCONNU.....	175
6.5.1 Une approche méthodologique fructueuse.....	175
6.5.2 Un nouveau modèle conceptuel de la spiritualité	176
6.5.3 De nouveaux lieux du religieux contemporain à investir	177
6.6 ÉPILOGUE	178
BIBLIOGRAPHIE.....	180
ANNEXES	193
ANNEXE 1 – PROTOCOLE DE RECHERCHE.....	194

ANNEXE 2 – SCRIPT POUR RECRUTEMENT PAR AFFICHAGE	
ÉLECTRONIQUE	210
ANNEXE 3 – GUIDE D’ENTRETIEN INITIAL (AUTOMNE 2016).....	211
ANNEXE 4 – GUIDE D’ENTRETIEN MODIFIÉ (HIVER 2017)	217
ANNEXE 5 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	221

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1	Enquête LILAS - Données sociodémographiques comparées entre utilisatrices et non-utilisatrices de l'épidurale	44
Tableau 2.2	Enquête LILAS - Données médicales comparées entre utilisatrices et non-utilisatrices de l'épidurale	45
Tableau 2.3	Satisfaction face à l'accouchement (<i>Birth Satisfaction scale</i>): comparaison entre utilisatrices et non-utilisatrices de l'épidurale	46
Tableau 2.4	Expérience spirituelle : comparaison entre utilisatrices et non-utilisatrices de l'épidurale	47
Tableau 3.1	Lignes directrices de la MTA constructiviste	60
Tableau 3.2	Critères d'inclusion et d'exclusion lors du recrutement	62
Tableau 4.1	Données sociodémographiques - Entretiens semi-dirigés	78
Tableau 4.2	Trajectoire parité/type d'accouchement – Entretiens semi-dirigés	79
Tableau 4.3	Types de suivi et lieu d'accouchement – Entretiens semi-dirigés	80
Tableau 5.1	Croisement de l'axe du processus spirituel et celui du noyau spirituel	140

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1	Taux d'anesthésie épidurale dans les accouchements vaginaux par province 2016-2017	9
Figure 1.2	Taux d'anesthésie épidurale dans les accouchements vaginaux par région, Québec, 2016-2017	10
Figure 1.3	Programme de recherche du groupe SPIN (SPiritualité et Naissance)	12
Figure 1.4	Modèle de besoins spirituels de Koenig et Büssing (2010)	17
Figure 2.1	Niveaux d'analyse entourant le processus décisionnel face à l'épidurale: analyse de la recension des études empiriques	22
Figure 2.2	Considération de la spiritualité de l'accouchement en fonction du paradigme médical : analyse de la recension des études empiriques	32
Figure 3.1	Schématisation de la méthodologie de la théorisation ancrée : adaptation de Charmaz (2014)	67
Figure 4.1	La catégorie <i>Ne pas me sentir</i> : la souffrance spirituelle et l'absence de ressources spirituelles	82
Figure 4.2	La catégorie <i>Plonger</i> : l'affirmation spirituelle et les ressources spirituelles	90
Figure 4.3	La catégorie <i>Sentir plus grand en/hors moi</i> : la connexion spirituelle et les expériences spirituelles	99
Figure 4.4	La catégorie <i>Accoucher de moi-même</i> : la transformation spirituelle et les nouvelles perspectives spirituelles	110
Figure 4.5	Synthèse de la théorisation ancrée selon trois axes d'analyse : axe du noyau spirituel, axe du processus spirituel et axe de l'épidurale	118
Figure 5.1	Les quatre dimensions du noyau spirituel sollicitées par <i>faire face à l'inconnu</i> de l'accouchement	124

INTRODUCTION

Cette thèse examine le phénomène de l'accouchement vaginal sous anesthésie épidurale sous un angle de recherche original qui sort d'un discours limité à la gestion de la douleur : celui de la spiritualité. Pour ce faire, elle s'inscrit dans une perspective interdisciplinaire encouragée dans les études du religieux contemporain afin de saisir plus globalement la signification actuelle du spirituel ainsi que les besoins sociaux en ce sens. La thèse constitue ainsi un pont entre diverses disciplines, principalement des sciences des religions, de la théologie et des sciences de la santé.

La formulation initiale de la question de recherche qui émerge de la problématique et de la recension des écrits est : quel est l'apport de la spiritualité dans le processus décisionnel des femmes entourant l'anesthésie épidurale lors d'un accouchement vaginal au Québec? Toutefois, la compréhension du sujet lors de la collecte de données a amené cette question à se déplacer vers un processus en amont du processus décisionnel, amenant à reformuler la question de recherche : *Quel est le processus spirituel des femmes vivant un accouchement vaginal, à la fois révélé et restreint par la question de l'anesthésie épidurale?*

Cette nouvelle question conduit ainsi à se pencher sur le processus spirituel vécu par les femmes lors d'un accouchement vaginal, plutôt qu'uniquement sur les enjeux entourant l'anesthésie épidurale. On cherche à atteindre les objectifs suivants:

- i. Décrire, du point de la femme, le processus spirituel de l'accouchement vaginal révélé par la question de l'épidurale.
- ii. Décrire le rôle joué par l'anesthésie épidurale dans ce processus spirituel.

Cette thèse se divise en six chapitres, chacun des chapitres est intitulé avec le vocabulaire et l'imagerie de la naissance pour décrire le processus de recherche. Le premier chapitre, la « conception », décrit la problématique, soit le contexte dans lequel émerge la question de recherche qui justifie la pertinence de mener une recherche universitaire. D'une part, on y décrit l'anesthésie épidurale comme une méthode de gestion de douleur efficace et dont l'utilisation au

Québec surpasse celle des autres provinces pour atteindre un des taux les plus élevés au monde (plus des deux-tiers des accouchements vaginaux). La problématique se situe non pas dans l'utilisation de l'épidurale comme telle mais plutôt dans notre incompréhension actuelle de cette popularité ni du choix conscient fait par certaines femmes d'accoucher sans épidurale. D'autre part, on y situe le choix d'adopter la spiritualité comme cadre d'analyse de la question de l'épidurale comme découlant des recherches antérieures menées depuis 2009 avec le groupe interdisciplinaire SPIN (SPIritualité et Naissance), d'où émerge la première intuition du lien entre spiritualité et épidurale.

Le deuxième chapitre, le « prénatal », indique que cette première intuition n'est pas documentée, alors qu'une première recension des écrits ne peut identifier de recherche empirique en ce sens. Conséquemment, on y présente deux nouvelles recensions des écrits : i) sur le processus décisionnel face à l'épidurale, relevant plusieurs niveaux d'analyse, des facteurs individuels au paradigmes concurrents sur la douleur au niveau macrosociale; et ii) sur la spiritualité en contexte de naissance, soulevant le peu de recherche présentant la spiritualité autrement qu'une méthode d'adaptation (*coping*) ailleurs que dans une approche plus humaniste et holistique. De même, on y présente les données préalables tirées d'une analyse secondaire d'un projet antérieur, permettant une comparaison de l'expérience spirituelle de femmes ayant accouché avec et sans épidurale. On conclut avec la formulation initiale de la question ainsi que des objectifs de recherche, présentés plus haut, avec un souci de mettre de l'avant la voix des femmes qui vivent cette expérience, trop souvent occultée dans les recherches recensées.

Le troisième chapitre, le « travail latent et actif », expose la pertinence du choix de la méthodologie de théorisation ancrée constructiviste pour ce projet et décrit sa méthode rigoureuse de collecte et d'analyse de données. L'approche constructiviste de la méthodologie de la théorisation ancrée (MTA; Charmaz, 2014) est ici adoptée : par théorisation, on entend un processus de recherche fluide, interactif et ouvert; par ancrée, une préoccupation qui s'enracine dans l'expérience des personnes rencontrées; et par constructiviste, on souligne l'implication de la chercheuse dans ce qu'elle étudie, notamment par l'interprétation. Toutes les étapes de la collecte de données (ici, l'observation non-participante des milieux d'accouchement et surtout les entretiens semi-dirigés) mais aussi de l'analyse de données sont décrites, en mettant l'emphasis sur celles caractérisant la MTA.

Le quatrième chapitre, la « naissance », donne les résultats de cette démarche. On y présente les critères de sélection des entretiens semi-dirigés, ainsi que la trajectoire d'accouchement et les données sociodémographiques des quinze femmes rencontrées. Puis, on justifie la réorientation de la question de recherche afin d'être en cohérence avec la méthodologie qui invite à se pencher d'abord sur ce qui préoccupe principalement les personnes rencontrées, soit ici : accoucher est un faire face à l'inconnu, déclencheur d'un processus spirituel. « Faire face à l'inconnu » amène les femmes face à leur noyau spirituel multidimensionnel (sens, paix, transcendance et relation) à chacune des étapes du processus spirituel. Initialement, faire face à l'inconnu fait appel au noyau spirituel en tant que ressources spirituelles, mettant les femmes dans une tension dynamique entre deux catégories. D'un côté, moins elle a accès à ces ressources (« ne pas me sentir »), plus elle penchera vers « me soulager avec l'épidurale » afin de pallier la souffrance spirituelle que l'absence du noyau spirituel suscite. De l'autre, plus le noyau spirituel est mobilisé et accessible, plus la personne pourra « plonger », soit puiser à ses ressources spirituelles pour à la fois prendre le risque tout en s'abandonnant à l'expérience d'accouchement. Dans un deuxième temps, la catégorie « sentir plus grand en/hors moi » décrit le noyau comme autant d'expériences spirituelles de connexion avec quelque chose qui la dépasse tout en étant en elle. Finalement, « accoucher de moi-même » indique que si on associe spontanément l'accouchement à la naissance d'un enfant, il peut aussi être la fin d'un processus spirituel où la femme accouche aussi d'elle-même. De plus, on constate que ce processus spirituel est à la fois révélé par la question de l'épidurale et restreint par son utilisation, sans jamais l'empêcher, en ce que des chemins alternatifs sont toujours possibles. L'ensemble de la présentation est illustré par les verbatims directs des entretiens ainsi que par une schématisation de la théorisation émergente.

Ces catégories théoriques sont analysées plus en profondeur dans la discussion au cinquième chapitre, la « mise au monde », répondant aux objectifs de recherche à partir des concepts qui en découlent. Sur l'axe du noyau spirituel, trois concepts sont décrits : i) la tension décisionnelle mais surtout existentielle de « faire face à l'inconnu », documentée ailleurs dans la littérature de l'accouchement (Borrelli, Walsh, & Spiby, 2018; Dahlen et collab., 2010) mais pour la première fois avec la spiritualité comme cadre d'analyse; ii) le noyau spirituel, une adaptation des quatre dimensions des besoins spirituels de Koenig et Büssing (2010) pour l'étendre à d'autres éléments de la spiritualité et de l'accouchement; et iii) la souffrance spirituelle (« ne pas me sentir ») en tant qu'absence d'une ou plusieurs de ces dimensions (Villagomez, 2005). Ici, l'anesthésie épidurale

pallie cette souffrance, sortant d'une vision simpliste de la douleur, sans toutefois la résoudre. Sur l'axe du processus spirituel, trois autres concepts sont liés à la littérature de la spiritualité et la naissance : i) l'affirmation spirituelle (« plonger »), comparée notamment au courage d'être de Paul Tillich ([1952] 1999) et le courage d'être vulnérable de Brené Brown (2012); ii) la connexion spirituelle (« sentir plus grand en/hors moi »), discuté notamment à partir de la notion de *kairos* et d'expérience-sommet (Schneider, 2009; Crowther et collab., 2015) mais aussi au processus actif-passif d'entrer en contact et de lutter avec ce qui change la personne en elle (Yang et collab., 2012); et iii) la transformation spirituelle (« accoucher de moi-même »), notion centrale dans la définition de la spiritualité (Waaijman, 2002) mais aussi dans l'accouchement (Lemay, 2017). Ici, on évite donc deux pièges : celui de la fonctionnalisation de la spiritualité (Cherblanc et Jobin, 2013) mais aussi celui de la polarisation spiritualité-épidurale (Thomson, 2017) en indiquant que si elle limite l'accès au processus spirituel, jamais l'épidurale ne l'empêche.

Enfin, le sixième chapitre conclut la thèse par un « postpartum », en indiquant les forces (crédibilité, résonnance, originalité et utilité) et limites (biais de sélection) de cette recherche, ainsi que son éventuelle fratrie, soit : i) des retombées et recommandations cliniques pour les femmes qui accouchent, les autres personnes présentes, les soignant.es et plus largement le système de santé; et ii) des retombées et perspectives scientifiques à la suite à cette recherche.

CHAPITRE 1 – PROBLÉMATIQUE (LA « CONCEPTION »)

En contexte d'accouchement, l'anesthésie épidurale est une méthode de gestion de douleur efficace et accessible au Québec (couverture universelle par la Régie de l'assurance-maladie du Québec; disponibilité d'anesthésistes). Toutefois, on ne s'explique pas pourquoi son taux d'utilisation provincial est le plus élevé au pays et parmi les plus hauts au monde, dépassant le deux-tiers des accouchements vaginaux (Institut canadien d'information sur la santé, 2018; Chalmers Kaczorowski, O'Brien & Royle, 2012), ni pourquoi certaines femmes y « résistent », se mobilisant pour un accouchement dit « naturel ».

Pour mieux comprendre ces éléments, cette recherche s'appuie sur un angle d'analyse original, celui de la spiritualité. Comme le passage de la vie à la mort, le passage du monde utérin à celui que nous connaissons est mystérieux, voire inquiétant et souffrant : ainsi, historiquement, diverses croyances et pratiques religieuses et spirituelles permettent d'y donner sens et d'accompagner les personnes qui y font face. (Gross, 1995; Paris Langenberg, 1999) Alors que l'accouchement est passé dans le domaine médical et que le sentiment religieux et spirituel a profondément changé dans les dernières décennies, il convient de se demander si la spiritualité a toujours un rôle à jouer dans l'accouchement et dans les décisions qui l'entourent. L'adoption de la spiritualité comme perspective théorique pour ce projet doctoral pourrait contribuer à comprendre le phénomène québécois de l'accouchement sous anesthésie épidurale. La conception du projet doctoral s'appuie sur ces deux pôles (anesthésie épidurale, spiritualité) qui structure la problématique.

1.1 L'anesthésie épidurale en contexte d'accouchement

L'*anesthésie épidurale*, formellement "*analgésie péridurale*",¹ est un mode d'analgésie qui diminue l'intensité de la douleur du travail et de l'accouchement. Sa première utilisation obstétricale remonterait, selon les sources, à 1942 (Nasser, 2015) ou 1946 (Anim-Somuah, Smyth,

¹ Sur le choix de l'utilisation de l'expression « anesthésie épidurale » dans la thèse : souvent dans sa forme réduite « épidurale », le choix a été fait de demeurer fidèle aux propos mêmes des femmes rencontrées, les seules femmes se référant à « la « péridurale » étaient celles travaillant dans ou près du milieu de la santé.

Cyna, & Cuthbert, 2018), et s'inscrit dans une suite de développements des techniques dites neuraxiales (Silva & Halpern, 2010, p. 144). Son fonctionnement consiste en l'injection d'un anesthésique local dans la région inférieure de la colonne vertébrale, près des nerfs transmettant la douleur. L'anesthésique inhibe la transmission nerveuse en bloquant les canaux sodiques dans les membranes nerveuses, tout en permettant à la parturiente de demeurer alerte. Le choix des médicaments ainsi que les dosages peuvent varier selon les centres hospitaliers et peuvent aussi consister en un mélange comprenant un anesthésique local et un opioïde. L'effet varie selon la concentration, affectant à différents degrés tous les types de sensations des nerfs bloqués : traditionnellement, des doses plus élevées étaient utilisées, mais l'administration de doses plus basses est maintenant encouragée. (Anim-Somuah et collab., 2018)

La procédure est exclusivement pratiquée par les anesthésiologistes en centre hospitalier. Ceux-ci révisent le dossier médical, recueillent les informations pertinentes et obtiennent le consentement de la femme en travail après lui avoir expliqué la technique et les risques associés. Pour la pose, la femme doit se positionner afin d'arrondir ou de courber son dos de manière à faire ressortir les vertèbres de la région lombaire située dans le bas du dos : elle peut s'asseoir sur le bord du lit ou se coucher sur le côté avec les jambes fléchies et le dos voûté. Pendant une courte période, au moment de l'insertion de l'aiguille, elle ne doit pas bouger. Après avoir gelé la peau avec un anesthésique local, l'anesthésiste insère une aiguille entre les vertèbres dans l'espace péri-dural. Un tube souple de plastique est inséré à l'intérieur de la cavité de l'aiguille qui sera retirée une fois le tube en place. Ce tube (cathéter) est relié à une pompe qui infuse la solution médicamenteuse tout au long du travail. L'analgésie est normalement apparente entre 10 et 20 minutes après l'administration. (Cunningham et collab., 2018; Gagnon & Hébert, 2014)

1.1.1 Méthode de gestion de la douleur efficace et effets secondaires

L'anesthésie épidurale est aujourd'hui considérée comme une méthode de soulagement de la douleur sécuritaire dont l'efficacité est éprouvée par une revue systématique Cochrane². (Jones et collab., 2012) D'un point de vue anesthésique, avec l'amélioration des dosages et dans

² Les revues systématiques Cochrane sont reconnues dans le monde de la santé : ils tentent d'identifier, d'évaluer et de synthétiser toutes les données empiriques à partir de critères prédéterminés afin de répondre à une question de recherche scientifique en santé de la manière la moins biaisée possible.

l'administration, l'épidurale est sécuritaire et permet de soulager la douleur tout en ayant un très faible taux de complications maternelles et fœtales majeures.

Néanmoins, l'anesthésie épidurale a des ratés. D'abord, il y a un *taux d'échec*, rarement étudié mais pouvant être rapporté à la hauteur de 12%. (Pan, Bogard, & Owen, 2004) Certaines femmes n'y réagissent pas, certaines femmes que partiellement et la procédure doit être alors reprise et son effet n'étant toujours pas garanties. L'épidurale peut entraîner des *effets secondaires pour la mère*, généralement transitoires. On nomme des démangeaisons (prurit) régulièrement vécues, mais aussi des frissons, des étourdissements, nausées et vomissements, ainsi que des engourdissements des jambes et une difficulté à les bouger et des douleurs au point de ponction dans le dos qui peuvent durer quelques jours. (Gagnon & Hébert, 2014; Silva & Halpern, 2010) Une revue systématique produite par Cochrane comparant l'analgésie péridurale à d'autres méthodes retrace que, par rapport aux opioïdes, l'épidurale augment de façon très importante la probabilité d'avoir une température corporelle de plus de 38 degrés Celsius (six études, 2741 femmes), une rétention urinaire (trois études, 283 femmes), une hypotension artérielle (huit études, 2789 femmes) et un bloc-moteur (trois études, 322 femmes). (Anim-Somuah, Smyth, & Jones, 2011) On y indique aussi des *effets secondaires pour le nouveau-né*, soit augmenter le risque d'un score d'Apgar faible à une minute, mais non à cinq (dix-huit études, 6898 femmes) et sans impact dans les admissions en néonatalogie (sept études, 3125 femmes). (Anim-Somuah et collab., 2011)

L'épidurale a surtout un *impact sur le travail et l'augmentation de risques d'interventions* : elle est associée à une augmentation du taux de césarienne pour détresse fœtale (onze études, 4816 femmes), mais pas le taux total de césarienne (sept études, 8417 femmes); quelle que soit la dose, elle est associée à des taux d'accouchement vaginal instrumentalisé (vingt-trois études, 7935 femmes) et à une augmentation de la durée de la deuxième phase du travail d'en moyenne 15 minutes (une étude, 2645 femmes); à faible dose ($\leq 0,125$ %), il y a association avec une augmentation au recours à l'ocytocine (sept études, 3643 femmes). (Anim-Somuah et collab., 2011) Se basant sur les données de cette revue systématique, on affirme que : « l'analgésie par péridurale permet de soulager efficacement la douleur, mais au prix d'une augmentation du nombre d'accouchements par voie basse instrumentale » (résumé français de la version électronique, Jones et collab., 2012). De même, dans le rapport mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) sur la réduction

du nombre d'interventions obstétricales chez les femmes enceintes à faible risque, on conclut que « [l']analgésie péridurale seule augmente les interventions obstétricales, les césariennes, l'utilisation de l'ocytocine et l'extraction instrumentalisée et diminue les chances de succès de l'allaitement. » (Rossignol, Boughrassa, & Moutquin, 2012, p. 38)

Toutefois, une mise à jour de cette revue systématique (Anim-Somuah et collab., 2018) nuance ces conclusions. L'épidurale pourrait être plus efficace à réduire la douleur du travail sans augmenter le risque de césarienne et, bien qu'on y reprenne l'augmentation d'accouchement vaginal instrumentalisé, on indique que ceci n'est pas le cas lorsqu'on analyse des études plus récentes (depuis 2005), suggérant des méthodes actuelles mieux adaptées. (Anim-Somuah et collab., 2018) On y rappelle aussi que la qualité des conclusions n'est pas toujours suffisante (*low-quality evidence*) et, comme l'indique le rapport de l'INESSS, « il semble difficile d'apprécier les bienfaits de l'analgésie péridurale dans un contexte clinique hétérogène. [...] Ainsi, l'interprétation et la généralisation des résultats ne sont pas concevables en raison des limites méthodologiques observées. » (Rossignol et collab., 2012, p. 35) De plus, l'identification de relations causales dans ce type de recherche demeure un défi, car l'épidurale est souvent accompagnée d'autres interventions (par exemple, le monitoring). (Newnham, McKellar, & Pincombe, 2016).

Le discours sur l'épidurale dans les études, mais aussi plus largement dans nos sociétés, demeure axé sur sa « sécurité » en dépit de ces effets secondaires, un résultat de l'acceptation généralisée de cette technologie dans nos sociétés. (Newnham et collab., 2016)

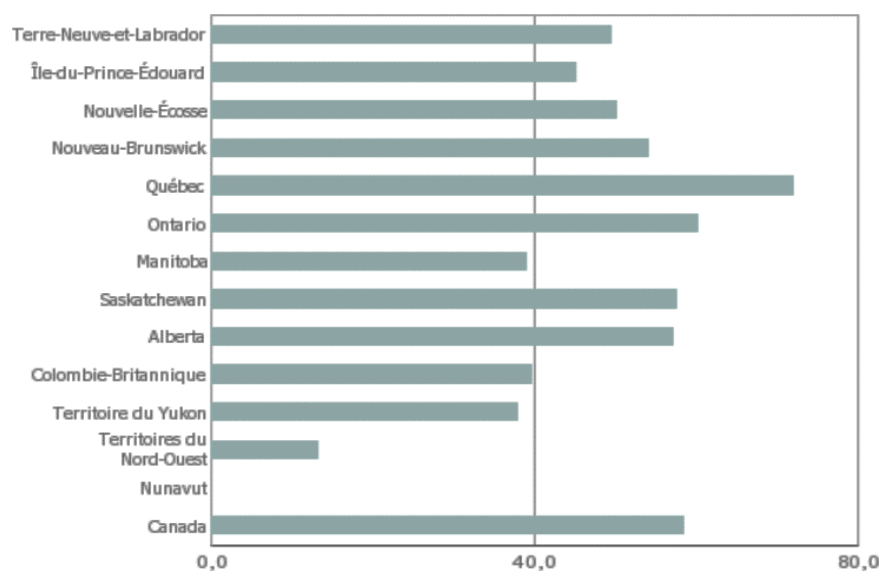
1.1.2 Taux d'utilisation plus élevée inexpliquée et éléments de résistance

Il existe peu de données mondiales nous permettant de comparer les taux d'utilisation de l'épidurale entre pays : on parle de plus de 20% des accouchements vaginaux au Royaume-Uni, 32,5% en Australie (Hilder et collab. 2014; cités par Newnham et collab., 2016), 60% aux États-Unis (Anim-Somuah et collab., 2018), et 70,0% en France (Blondel, Lelong, Kermarrec, & Goffinet, 2012). On peut affirmer que les taux québécois étaient dans les plus élevés au monde, la progression étant marquée depuis les années 1980, passant de moins de 20% des accouchements vaginaux en 1982 à près de 70% en 2010. (Rossignol et collab., 2012, p. 14)

La province demeure première utilisatrice au pays : selon une enquête canadienne auprès des mères, le taux québécois en 2011 atteint 66,7%, au-delà de la moyenne canadienne à 57,3% et

deux fois plus qu'en Colombie-Britannique. (Chalmers et collab., 2012) Une enquête nationale, s'appuyant au Québec sur la Base de données sur les congés des patients (BDGP) et sur la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), indique une progression de l'utilisation de l'épidurale en contexte d'accouchement vaginal au Québec, atteignant 72,1% en 2016-2017. (Institut canadien d'information sur la santé, 2018, voir Figure 1.1).

**Figure 1.1 Taux d'anesthésie épidurale dans les accouchements vaginaux par province
2016-2017**



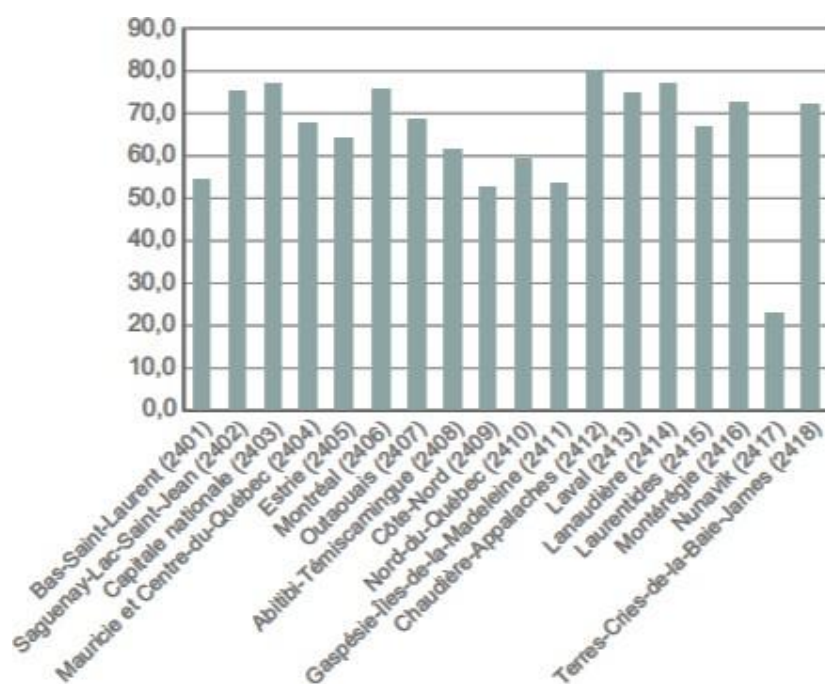
(Institut canadien d'information sur la santé, 2018)

Ces données, sorties au printemps 2018, sont reprises par les principaux journaux nationaux (*Radio-Canada International, La Presse, Le Devoir*), titrant « le Québec, champion de l'anesthésie péridurale au pays ». On en cherche la raison sans la trouver. Comme l'avance Chantal Couris, porte-parole de l'Institut [canadien d'information sur la santé] : . « C'est peut-être la façon dont sont organisés les soins [...]. Ça peut aussi être une question d'accès à ces soins ou une question de formation des médecins. » (Lévesque, 19 avril 2018) L'hypothèse de l'accessibilité, notamment la présence et la disponibilité d'un.e anesthésiste est soulevée ailleurs pour expliquer la variabilité d'utilisation entre les provinces canadiennes (Chalmers et collab., 2012) et entre milieux ruraux et urbains. (Koteles, de Vrijer, Penava, & Xie, 2012)

En effet, les variations fluctuent aussi selon les régions : « Les taux varient entre 70 % et 80 % dans les régions centrales, entre 60 % à 65 % dans les régions intermédiaires et sont autour de 40

% dans les régions éloignées. » (Rossignol et collab., 2012, p. 14) En Estrie, zone de recrutement du projet doctoral, 64,2 % des accouchements vaginaux seraient sous épidurale (voir Figure 1.2) Des variations sont aussi visibles entre établissements variant entre 40% et 90%, expliquées ainsi par le rapport de l'INESS : « Ces différences importantes relèveraient davantage d'un manque de soutien aux femmes pendant le travail et l'accouchement que de la disponibilité de l'analgésie péridurale, qui semble assurée partout au Québec. » (Rossignol et collab., 2012, p. 115)

Figure 1.2 Taux d'anesthésie épidurale dans les accouchements vaginaux par région, Québec, 2016-2017



(Institut canadien d'information sur la santé, 2018)

En plus de ne pas pouvoir expliquer cette popularité de l'épidurale et ces variations régionales, un élément de réflexion additionnelle sur l'épidurale est l'impact de l'épidurale sur la satisfaction des mères face à l'accouchement. La revue systématique Cochrane indique l'impact mitigé de l'anesthésie épidurale sur la *satisfaction des mères*. (Anim-Somuah et collab., 2011) Une autre revue Cochrane a cherché à mieux comprendre ces résultats en faisant des analyses additionnelles, sans succès : « *This could not be explained by subgroup or sensitivity analyses. [...] There was no significant difference observed for any of the other effectiveness outcomes examined (patient satisfaction with pain relief; sense of control in labour; satisfaction with childbirth*

experience).” (Jones et collab., 2012, 25) Au Canada, la satisfaction est plus élevée chez les femmes ne recevant pas l’épidurale. (Koteles et collab., 2012)

Mes recherches antérieures vont dans le même sens : mon mémoire a souligné son impact mitigé sur la satisfaction des parents (Bélanger-Lévesque, 2012), confirmé par une enquête de satisfaction réalisée auprès de 200 couples au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) au printemps 2012 : la prise de l’anesthésie épidurale est associée à une diminution la satisfaction des deux parents, sans que l’on puisse parler de causalité, et est la seule variable que les mères et pères partagent. (Bélanger-Lévesque, Pasquier, Roy-Matton, Blouin, & Pasquier, 2014) Toutefois, la mise à jour de l’équipe Cochrane de 2018 indique que la satisfaction maternelle est plus grande dans les groupes ayant reçu l’épidurale si on la compare à aucun traitement ou placebo ou encore à un analgésique inhalé ou sur soutien continu de la mère. (Anim-Somuah et collab., 2018) Néanmoins, une étude qualitative indique que ce sentiment est souvent combiné à des regrets, mélangeant incertitude, doute, déception diffuse, et même blâme envers elle-même, plutôt que d’une franche insatisfaction. (Jepsen & Keller, 2014) De même, cette insatisfaction est expliquée ailleurs par l’inquiétude des mères à propos de l’épidurale et de son effet sur l’enfant, mais aussi par un sentiment d’échec d’avoir demandé l’épidurale. (CIANE, 2013; Kannan, Jamison, & Datta, 2001) L’enjeu de la correspondance avec la préférence initiale de la mère est une piste d’explication à explorer. (CIANE 2013)

De plus, on constate que certaines femmes ayant accès à l’épidurale font *le choix d’accoucher sans épidurale*. L’historienne Andrée Rivard, en documentant l’histoire moderne de l’accouchement au Québec, détaille ce choix, connu sous l’expression « accouchement naturel », souvent associé au mouvement d’ « humanisation de la naissance » débutant dans les années 1970 et aux accouchements à domicile et en centres de naissance pratiqués par les sages-femmes. Il n’y est toutefois pas limité : on constate que plusieurs femmes désirant accoucher à l’hôpital préfèrent ne pas utiliser l’épidurale et ce particulièrement chez les femmes ayant déjà accouché (24% des multipares à comparer à 7% des primipares, selon une enquête française, CIANE 2013). Ce choix soulève des questions importantes : “*In an age of anesthesia, choosing to experience avoidable pain challenges convictions about what it is to be human and humane. Voluntary pain – a practice with long religious pedigrees- also provokes questions about the meaning of suffering.*” (Klassen, 2002, p. 73) Parmi les enjeux possibles, la question de la spiritualité est celle adoptée ici.

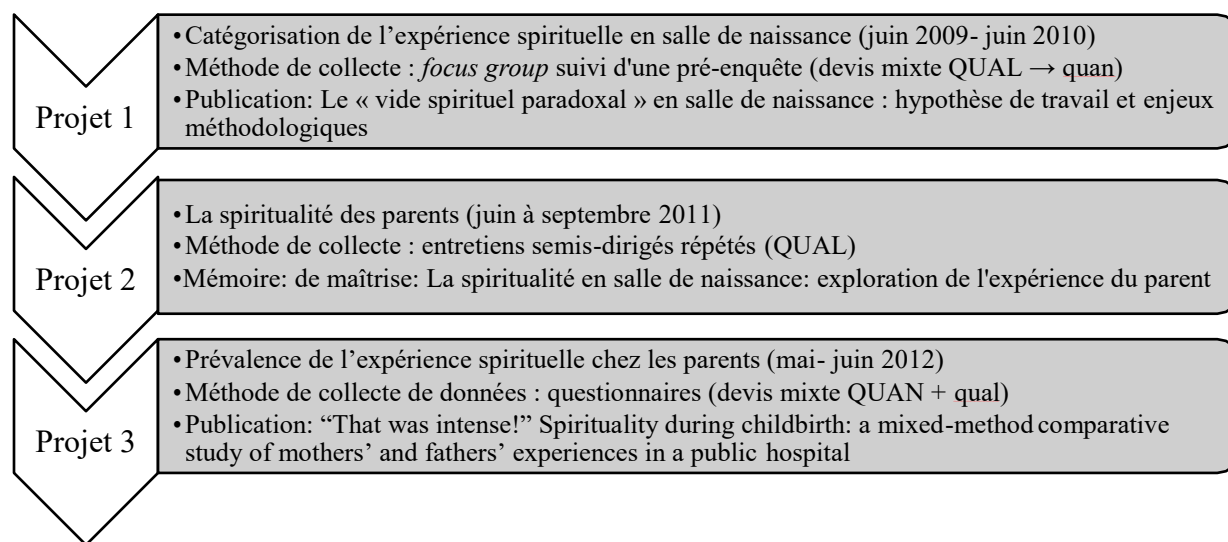
1.2 La spiritualité comme perspective théorique

Cette recherche doctorale adopte l'angle de la spiritualité comme perspective théorique originale : « la 'perspective' permet de 'voir' ce qui se trouve dans les données; c'est une 'sensibilité', ce terme étant à considérer avec le lien sémantique du 'sens'. Chaque chercheur a sa sensibilité ; il est sensible à des aspects de la réalité plus qu'à d'autres, notamment à cause de sa formation disciplinaire et à cause de ses 'connivences' théoriques. » (Guillemette & Lapointe, 2012, pp. 14-15) Ainsi, la compréhension faite de la spiritualité pour cette recherche doctorale s'inspire initialement d'une vision développée lors de recherches menées avec le groupe de recherche SPIN (SPiritualité et Naissance) tout en évoluant en cours de projet pour adopter un cadre conceptuel.

1.2.1 Vision préalable : le programme de recherche SPIN (SPiritualité et Naissance)

Selon la terminologie de Morse et collab. (2006), le programme de recherche SPIN se décrit comme un modèle de recherche multiméthode (*multi-method design*) de nature inductive articulé autour d'une question de recherche générale : qu'en est-il de la spiritualité en salle de naissance? Plusieurs projets furent réalisés pour mettre de l'avant la spiritualité de la naissance (voir Figure 1.3).

Figure 1.3 - Programme de recherche du groupe SPIN (SPiritualité et Naissance)



Dans le premier projet, afin de mieux pouvoir saisir et décrire la réalité terrain, un comité d'experts a été rassemblé, formé de parents, de soignants (médecins, résidents, infirmières, sages-femmes) et de spécialistes en spiritualité (théologiens, étudiants gradués en religieux contemporain). Une rencontre d'une journée, alliant témoignages, ateliers et groupes de travail a mené à une

catégorisation de l'expérience vécue en salle de naissance, confirmé en groupe de discussion (*focus group*). Cette catégorisation regroupe dix champs spirituels : i) aspects relationnels (respect, acceptation, amour, confiance); ii) divin/transcendance; iii) gratitude et espoir; iv) sens et but de la vie; v) aspects moraux et éthiques; vi) appréciation de la beauté; vii) contrôle; viii) résolution et mort; ix) sentiment d'appartenance; et x) connaissance de soi. (Bélanger-Lévesque, Dumas, Berthiaume, & Pasquier, 2012)

Dans un deuxième projet, la rencontre en entretiens semi-dirigés avec cinq couples avant et après l'accouchement permet de décrire la spiritualité en salle de naissance comme un « intensif de l'humain » (Dumas, 2010) centré autour de la confiance :

C'est un intensif inscrit dans un enfoncement intérieur caractérisé par un contact avec l'enfant et la création d'une bulle qui lors de l'accueil de l'enfant procure une joie profonde, difficilement nommable, et donne sens à la vie, et peut-être même à la souffrance de l'accouchement. Cet intensif s'inscrit aussi dans un sentiment d'accomplissement et de fierté, qui en passant par un dépouillement de soi, un lâcher-prise, s'enrichit dans la confiance envers les autres (conjoint, soignants, proches) et envers plus grand (l'Autre, l'instinct, le Tout, Dieu, la Vie). (Bélanger-Lévesque, 2012, p. 100)

Un troisième projet est une mesure de la prévalence de l'expérience spirituelle chez les parents, un projet à devis mixte comparant l'expérience de la mère et à celle du père (N=200 couples). Un questionnaire à échelle Likert évaluait chacun des dix champs spirituels identifiés lors de la catégorisation. Plusieurs éléments spirituels ont reçu des hauts scores (respect, responsabilité morale, beauté de la vie, gratitude) alors que ceux associés à une vision plus traditionnelle de la spiritualité axée sur la transcendance (prière, plus grand que soi) ont les scores les moins élevés. Globalement, aucune différence significative n'a été identifiée entre le score global des mères (38.6/50) et celui des pères (37.2/50), tous les deux relativement élevés ($N = 197$; $p = 0.001$) : toutefois, les mères ont un score significativement plus bas que les pères sur la question de la fragilité de la vie, et plus élevé pour le sentiment d'accomplissement, le lâcher-prise et la capacité à donner sens à l'expérience. Une régression linéaire à partir des variables sociodémographiques ainsi que des données médicales des accouchements a identifié que pour les mères accouchant vaginalement, avoir une appartenance religieuse et être née hors du Canada sont des variables ayant une corrélation positive avec le score global de spiritualité; des situations médicales difficiles augmentent aussi le score: un stade de poussée plus long et l'admission du bébé en néonatalogie. Parmi les principales conclusions tirées de cette démarche, indiquons que la principale est que si la spiritualité est présente lors de situation difficile d'accouchement, l'accouchement comme tel

est vécu généralement comme expérience spirituelle positive. (Bélanger-Lévesque, Dumas, Blouin, & Pasquier, 2016)

Ces projets de recherche antérieurs, autant leur élaboration que leurs résultats, teignent nécessairement la manière dont la spiritualité est envisagée dans ce projet doctoral alors que j'en connais intimement le contenu : les deux premiers projets s'inscrivent dans mon projet de maîtrise portant sur l'exploration de la naissance comme expérience spirituelle pour le parent (Bélanger-Lévesque, 2012) et j'ai participé à toutes les étapes du troisième projet (création du questionnaire, collecte et analyse des données, diffusion des résultats en conférences et publications; Bélanger-Lévesque et collab., 2016). De plus, deux membres du comité de thèse, le théologien Marc Dumas et le gynéco-obstétricien Jean-Charles Pasquier, étaient les responsables du groupe de recherche.

1.2.2 Perspective théorique adoptée en cours de projet

La spiritualité telle qu'elle se présente dans le contexte contemporain est à « traquer » autrement, notamment via l'expérience. (Dumas, 2004) Un défi important pour ce projet, et identifié dans nombre d'études sur la spiritualité dans le milieu de la santé, est de définir ce qu'on entend par « spiritualité ».

Définir la spiritualité est un d'abord un défi, car la compréhension qu'on s'en fait et le rôle qu'on y donne se transforment dans le temps, de sa généalogie ancrée dans le christianisme à sa popularité actuelle. (Gravend-Tirole, 2015) De fait, son « autorité » demeure récente, lui permettant de dépasser les frontières des religions établies et d'ouvrir de nouvelles perspectives (Waaijman, 2002). En ce sens, on voit apparaître, d'abord discrètement puis plus manifestement, un intérêt renouvelé pour la spiritualité en contexte de soins. Dans la pratique, ceci est visible, par exemple, dans l'ajout de la spiritualité au mandat d'instances décisionnelles tel le *Canadian Council on Health Services Accreditation*, ou encore dans la prise en charge des besoins spirituels par des ordres professionnels québécois tels ceux des infirmières et des sages-femmes. En recherche, le nombre de publications sur la spiritualité en soins explosent, Gravend-Tirole parlant de « puissance heuristique » lorsqu'il répertorie le mot « *spirituality* » dans le site *Pubmed* de 480 reprises entre 1996 et 2000, à 2678 de 2006 à 2010. (Gravend-Tirole, 2015, p. 17) Plusieurs facteurs, listés par Jobin (2013), ont permis la création d'un climat intellectuel et institutionnel qui rendent possible la recomposition des rapports entre religion/spiritualité et médecine au sein des institutions actuelles : il y a essoufflement du paradigme de la santé centré uniquement sur le corps

et l'intérêt conséquent pour une perspective bio-psycho-socio-spirituelle avançant une vision holistique de la personne.

[D]ans une sorte de mouvement du balancier, en réaction à un refus du scientisme et d'une évolution inéluctable vers la technicisation des soins, [...] apparaît alors un intérêt croissant pour cette vie intérieure, qui dépasse le registre intellectuel en ce qu'elle semble capable de donner force et résilience, mais aussi qu'elle abrite une source d'humanisation des relations soignant-soigné. (Cherblanc & Jobin, 2013, p. 42)

Conséquemment, définir la spiritualité est aujourd'hui un défi académique alors qu'elle est devenue un objet/sujet de recherche revendiqué par un nombre important de disciplines académiques, que ce soit la théologie, la philosophie, les sciences de la religion, les sciences sociales, la pédagogie, le droit ou les sciences de la santé. (Waaijman, 2002, p. 267) Si les nombreuses perspectives disciplinaires et interdisciplinaires ne constituent pas un problème en soi, les difficultés émergent lorsque les disciplines demeurent fermées sur elles-mêmes. On parle d'appropriation ou d'enfermement disciplinaire pouvant amener des visions limitées –voire même utilitaires– de la spiritualité, ou de dynamiques de pouvoir existantes entre disciplines pouvant orienter qui peut tenir un discours légitime sur la spiritualité. Par exemple, on parle d'appropriation biomédicale lorsqu'il y a un réflexe autoréférentiel dans différentes définitions données à la spiritualité dans les manuels de formation (psychologie, médecine, service social et soins infirmiers) : plutôt que de référer aux experts de la question (historiens, anthropologues, théologiens), « les autorités et appuis majeurs invoqués dans une argumentation proviennent presque exclusivement du champ disciplinaire. » (Jobin, 2012, pp. 35-36) Le cœur du défi que représente la définition de la spiritualité n'est pas seulement le « quoi » ni le « comment » mais plutôt « qui » peut le définir : définir la spiritualité serait ainsi symptomatique d'une crise des barrières disciplinaires, où il témoigne minimalement de leurs limites, et qu'il invite à dépasser.

En dépit de ces difficultés, et sans en y offrir une définition universelle, cette recherche doctorale adopte une approche pragmatique de la spiritualité qui remet l'expérience de la personne au centre. C'est dans cet usage que chacun en fait dans son expérience contextualisée que le terme conserve une importance concrète, expliquant aussi sa popularité : « En ces domaines – santé, éducation, traditions autochtones ou humanistes, mouvements de justice sociale, etc. –, ce terme cristallise des questions et des nœuds difficilement intelligibles autrement. » (Gravend-Tirole, 2015, p. 9) Plus spécifiquement, la vision adoptée de la spiritualité se veut une valorisation et une intégration de l'expérience caractérisée comme vécue, laïque et plurielle. Vécue, car la centralité de

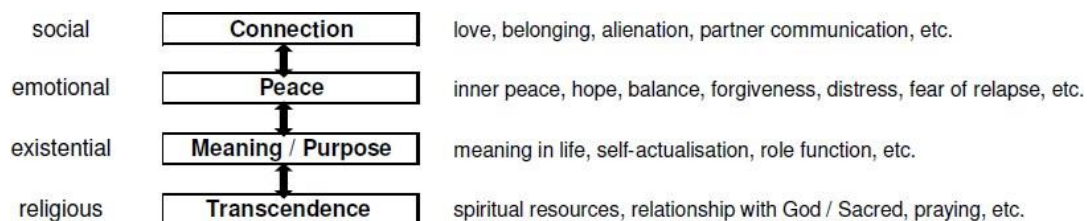
l'expérience intérieure bouscule : cette expérience a maintenant force d'autorité pour la personne, qui n'a ainsi plus besoin de validation institutionnelle. (Dumas, 2004) Laïque, car située dans l'histoire personnelle de la personne, centrée autour de la maison, de la naissance, dans le mariage, la parentalité, la maladie et la mort. (Waaijman, 2002, 2008) Selon le sociologue et théologien québécois Jacques Grand'Maison, il y a convergences spirituelles entre les deux sens du mot 'laïc', soit l'expérience du non religieux/clerc, mais aussi « la spiritualité des personnes qui poursuivent leur recherche de sens sans aucune référence religieuse ». (2013, p. 14) Enfin, plurielle, car le mot « spiritualité » rejoint des expériences trop souvent ignorées dans l'histoire religieuse euro-américaine, notamment celles de certaines traditions indigènes et des femmes, ou permettant de réfléchir d'autres réalités comme celle de l'accouchement.

Bien que ce projet n'adopte aucun cadre théorique fixe au départ (qui n'est pas obligatoire dans la méthodologie de théorisation; voir chapitre 3), avec l'évolution du projet avec la collecte et le début de l'analyse des données, le modèle de besoins spirituels de Koenig et Büssing (2010) est utilisé comme cadre conceptuel aidant à relever l'analyse. Arndt Büssing (1962-) est un médecin allemand et professeur à la chaire *Quality of Life, Spirituality and Coping* à l'Université de Witten/Herdecke alors que Harold G. Koenig (1951-) est un psychiatre américain et professeur à la *Duke University*, où il est aussi directeur du *Center for the Study of Religion/Spirituality and Health*. Leur modèle s'appuie sur une vision de la spiritualité comme une ressource pour s'adapter (*to cope*) et comme un construit multidimensionnel liant religion, existentialisme et humanisme. Si certain.e.s patient.e.s peuvent interpréter leurs besoins spirituels comme religieux, d'autres personnes non-religieuses envisagent ces mêmes besoins comme existentiels et humanistes.

Le modèle de besoins spirituels proposé (voir Figure 1.4) repose sur quatre dimensions centrales et interconnectées, soit les dimensions sociale (connexion), émotionnelle (paix), existentielle (sens) et religieuse (transcendance). Ces éléments sont repris et développés par Büssing avec d'autres collaborateurs pour créer un outil d'évaluation, soit le *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ, Büssing, Balzat, & Heusser, 2010). Si ce modèle s'appuie sur des études en soins de fin de vie et sur leur recherche-terrain auprès de personnes vivant avec une maladie chronique, les auteurs souhaitent qu'il puisse servir comme cadre conceptuel ailleurs dans le domaine de soin, ce qui s'est avéré pour ce projet doctoral (voir section 5.1.2). Comme on pourra le constater, l'utilisation de ce cadre n'est toutefois pas faite de manière limitative car la recherche est amenée

à le dépasser, mais permet de relever le niveau analytique alors qu'il s'ajuste bien aux propos des femmes rencontrées.

Figure 1.4 Modèle de besoins spirituels de Koenig et Büssing (2010)



Ce cadre conceptuel est appelé à être modifié par la recherche avec la collecte et analyse de données : il apparaît ainsi évident que la spiritualité en tant que perspective théorique sur l'anesthésie épidurale rejoint plusieurs écrits sur l'affirmation spirituelle, l'expérience spirituelle et la transformation spirituelle (voir section 5.2).

En conclusion, rappelons que l'anesthésie épidurale est une méthode de gestion de douleur très utilisée au Québec, sans que l'on comprenne ce qui amène la femme de la choisir ou non. Dans ce contexte, la spiritualité apparaît comme un angle d'analyse, car comme le montre nos études antérieures, bien qu'elle soit peu documentée en salle de naissance, elle y apparaît comme un élément bien présent. Il devient alors essentiel de comprendre les enjeux entourant le processus décisionnel des femmes face à l'anesthésie épidurale pour leur accouchement, ainsi que l'expérience spirituelle qui y est vécu : la recension des écrits faites dans le chapitre suivant permet ainsi d'ancrer la problématique présentée afin de mieux cibler la question et les objectifs de recherche.

CHAPITRE 2 – RECENSION DES ÉCRITS ET DONNÉES

PRÉALABLES (LE « PRÉNATAL »)

« L'honnêteté intellectuelle et la rigueur scientifique invitent à mettre au jour la relation entre les intuitions du chercheur (faites de savoirs antérieurs et de références à des théories existantes) et les suggestions qui proviennent des données de terrain. »
(Guillemette, 2006, pp. 44-45)

La recension des écrits, lorsque structurée, permet de situer une étude parmi celles déjà existantes : une « préparation prénatale » qui permet de construire sur le savoir déjà disponible avant le début de la démarche terrain. En début de chapitre, je présente les enjeux spécifiques de la démarche de recension dans la méthodologie utilisée dans le projet, soit celle de théorisation ancrée, justifiant du même coup la méthode de recension des écrits utilisé ici. Ne répertoriant aucune étude empirique liant l'accouchement sous anesthésie épidurale et la spiritualité, deux stratégies sont adoptées pour combler ce manque. D'abord, la recension est plutôt présentée en deux pans, soit :

- i) les études sur le processus de décision face à l'épidurale, organisées selon plusieurs niveaux d'analyse, passant de facteurs d'utilisation individuels à ceux de niveau macrosocial; et ii) les études liant spiritualité et naissance, montrant comment la recherche sur la spiritualité en santé varie selon les paradigmes médicaux. Puis, des données préalables au projet doctoral, obtenues par analyse secondaire d'une recherche réalisée précédemment, permettent aussi de combler le vide d'études sur spiritualité et épidurale. Ce qui s'en dégage en conclusion est la complexité des enjeux permettant une meilleure articulation de la question de recherche et une orientation pour la méthodologie.

2.1 Mise en contexte et objectif de la recension des écrits

Bien que le prochain chapitre se consacre entièrement à la méthodologie de théorisation ancrée (MTA) utilisée dans ce projet, il est important de l'aborder dès maintenant afin de justifier la recension réalisée. C'est que, bien qu'exigée dans toute démarche scientifique classique, la place de la revue de la littérature est controversée et mal comprise dans la MTA, comme dans bien des démarches de recherche inductives. (Charmaz, 2014, p. 306)

La notion de *sensibilité théorique*, soit le soin pris par le chercheur de prioriser ses données dans le processus de théorisation, est centrale à la MTA : on veut prioriser ce qui émerge de la démarche, y être « fidèle » plutôt que tenter de forcer les données dans des catégories tirées d'autres théories. (Glaser & Strauss, 1999 [1967], p. 34) Une revue de la littérature peut ainsi être restrictive à la démarche inductive si elle impose, par exemple, des éléments théoriques déjà établis. Toutefois, la MTA n'exige pas de faire *tabula rasa* ou encore d'ignorer la littérature, jugée fondamentale dans la démarche scientifique (Glaser & Strauss, 1999 [1967], p. 6) : ce qui est débattu est de son introduction dans la démarche de recherche. Différentes écoles de pensée existent en ce sens en MTA, avec à un bout du spectre, Glaser qui maintient que la « contamination théorique » est inévitable si la littérature est consultée en début de projet. (1998) La branche constructiviste de la MTA adoptée ici considère plutôt qu'une théorisation ancrée doit être « informée » : affirmer qu'on puisse entrer sur un terrain de recherche dans un état de neutralité indique qu'on se situe dans le paradigme positiviste. (Charmaz, 2014) Le paradigme constructiviste considère plutôt qu'il est impossible d'être neutre et de ne pas considérer notre influence dans le développement d'une théorie, le sens étant construit à partir de connaissances préalables. Réfléchir son positionnement (je reviendrai sur la notion de réflexivité dans le prochain chapitre) et le rendre visible, loin de diminuer la sensibilité théorique, l'augmente. De plus, d'un point de vue pragmatique, la branche constructiviste reconnaît qu'une recension des écrits préalables est souvent exigée, notamment pour une thèse doctorale, afin de démontrer sa compréhension du sujet et l'originalité du projet : *“Completing a thorough, sharply focused literature review strengthens your arguments – and your credibility.”* (Charmaz, 2014, p. 308)

L'enjeu qui demeure est la manière dont la recension est abordée : se pencher sur la littérature avant une étude n'est pas problématique tant qu'elle ne fixe pas des concepts, mais agit plutôt comme point de départ informé pour le projet, et que la manière dont elle a été utilisée dans le projet est bien décrite. En cohérence avec la démarche inductive, la recension des écrits doit permettre une vision globale des études dans un domaine et une conscientisation des thèmes larges initiaux à explorer à partir de la littérature existante, sans imposer un agenda déjà établi. L'objectif global de la recension des écrits est ainsi qu'elle « favorise une plus grande acuité afin que le chercheur reconnaisse ce qui émerge des données » (Luckerhoff & Guillemette, 2012b, p. 3)

2.2 Méthode de recherche et d'analyse documentaires

Une recherche des études empiriques publiées entre 2000 et octobre 2018 a été faite dans les banques de données suivantes : ProQuest, Scopus, Pubmed, Religion and Philosophy Collection, CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, Academic Search Complete, SocINDEX, Eric, ATLA Religion Database. Ont été éliminées les recherches rédigées dans une langue autre que le français et l'anglais et celles pour lesquelles le texte n'était pas disponible. Une première lecture des résumés a été faite pour établir si l'article entraînait dans les critères de sélection (indiqués plus bas). Si oui, une lecture plus approfondie était faite sur l'article, mais en me penchant spécifiquement sur la question de l'épidurale et/ou de la spiritualité, sans tenir compte des résultats sur d'autres variables afin de limiter la recherche aux éléments pertinents au sujet.

Une première recherche avec les mots-clés « epidural » AND « spiritual* » n'a mené qu'à notre article « That was intense! » (Bélanger-Lévesque et collab., 2016), discuté plus loin lors de la présentation des données préalables (section 2.5). Même en élargissant pour inclure le mot-clé « religio* », seulement quatre études ont été répertoriées, toutes indiquant que *le fait d'être religieux ou d'avoir une religiosité forte* est un facteur diminuant la probabilité de prendre l'épidurale, voire même une raison de la refuser. En contexte américain, le fait de s'identifier comme séculier (*secular*) plutôt que religieux est un prédicteur indépendant d'une augmentation de l'acceptation de cette anesthésie. (Sheiner et collab., 2000) La même association est faite en contexte israélien (Sheiner et collab., 2000), résultats réévalués auprès de mères israélo-arabes où une corrélation négative a été identifiée entre l'intensité de la pratique religieuse et l'utilisation de l'épidurale (Manar & Tabak, 2012). À titre d'explication, cette étude suggère que les femmes musulmanes sont élevées avec la croyance que la douleur de l'accouchement est voulue par Dieu (*God-given*) et qu'il les aidera à accoucher sans peur. Dans une étude réalisée au Togo, des femmes chrétiennes invoquent la justification biblique « tu enfanteras dans la douleur », alors que d'autres motifs de refus sont évoqués par les femmes musulmanes (crainte d'effets secondaires). (Ouro-Bang'Na Maman et collab., 2007)

Comme ces études sont éloignées de la vision de la spiritualité initiale, soit centrée sur l'expérience de la personne et caractérisée comme vécue, laïque et plurielle (voir section 1.2.2), la stratégie de recension a été élargie en deux pans d'études empiriques distincts, soit : i) le processus décisionnel face à l'épidurale (section 2.2); et ii) la spiritualité lors de l'accouchement (section 2.3).

Cette démarche, plus fructueuse, a mené à l'élaboration d'une méthode d'analyse, car l'objectif de la recension des écrits va au-delà de l'énumération pour en offrir une critique et une synthèse. (Charmaz, 2014, p. 309) Ainsi, une analyse thématique a été faite pour élever le niveau d'abstraction de l'analyse de la recension, tentant de dégager des grands thèmes et enjeux cruciaux à la recension. Comme l'invite la méthode d'analyse de la MTA, je me suis demandée : quelle est la préoccupation des auteur.e.s de ces études? Que disent-ils? Comment se situent-ils vis-à-vis leurs recherches? Quels sont leurs objectifs? De plus, même si la recension cible spécifiquement les études empiriques, une lecture d'écrits plus conceptuels des phénomènes en cours a été faite lorsque jugée nécessaire afin de dégager une meilleure compréhension de la recension.

En cohérence avec la démarche inductive, cette recension est demeurée en arrière-plan lors de la collecte de données pour devenir une interlocutrice importante lors de l'analyse et de la discussion. Aussi, la revue de littérature se poursuit en MTA pendant le processus de collecte et d'analyse des données, afin de préciser les catégories émergentes : *“The constant comparative method in grounded theory does not end with the completion of data analysis. The literature review and theoretical framework can serve as valuable sources of comparison and analysis.”* (Charmaz, 2014, p. 305) Les éléments de la littérature consultée lors de ces étapes ne sont toutefois pas présentés ici, mais plutôt dans la discussion (chapitre 5), alors qu'ils mettent en lumière le processus de catégorisation et de théorisation.

2.3 Recension des études empiriques sur le processus décisionnel face à l'épidurale

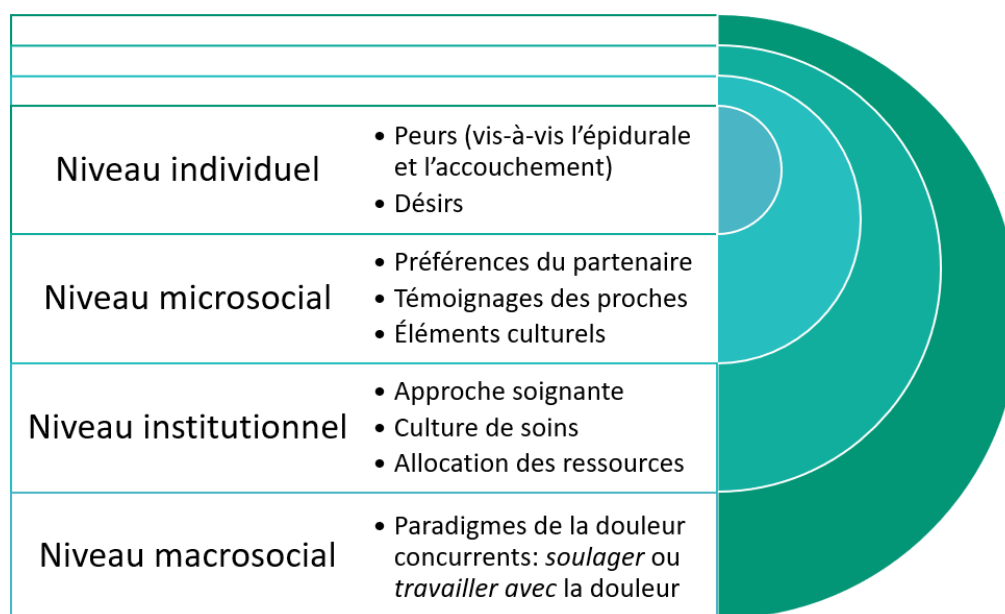
Une recherche a été effectuée au début du projet et remise à jour en octobre 2018 avec les mots-clés suivants : « epidural » AND « factor » OR « decision ». En retirant les études ne portant pas sur l'accouchement vaginal, 54 articles ont été analysés en profondeur.

Certaines études adoptent une approche épidémiologique pour tenter de comprendre, voire de prédire (Chang, Chan, Chang, Yang, & Chen, 2008), comment certaines variables sociodémographiques sont liées à l'utilisation de l'épidurale. La *multiparité* est la plus régulièrement identifiée (CIANE, 2013; Koteles et collab., 2012; Le Ray, Goffinet, Palot, Garel, & Blondel, 2008; Prosser, Barnett, & Miller, 2018; Schytt & Waldenström, 2010; Sheiner et collab., 2000; Van den Bussche, Crombez, Eccleston, & Sullivan, 2007), diminuant l'utilisation de l'épidurale. Son emploi est aussi moins fréquent dans des *situations sociales* moins favorables, comme le fait d'être sans emploi (Alakeely et collab., 2018; Koteles et collab., 2012; Le Ray et

collab., 2008) et de ne pas cohabiter (Le Ray et collab., 2008). Au Canada, le fait d’avoir un statut de Première Nation, d’être sans-emploi ou femmes à la maison constituent de tels facteurs. (Koteles et collab., 2012) Inversement, les femmes plus âgées (Prosser et collab., 2018) ainsi que celles plus éduquées et avec un meilleur revenu sont plus nombreuses à utiliser l’épidurale. (Chang et collab., 2008; Koteles et collab., 2012; Orejuela et collab., 2012; Sheiner et collab., 2000) Enfin, certaines études ne montraient aucune donnée sociodémographique significative. (Harkins, Carvalho, Evers, Mehta, & Riley, 2010; Orbach-Zinger et collab., 2008)

Ces résultats parfois individuels, mais qui touchent parfois à des éléments sociaux plus larges, ont amené à organiser ici les études empiriques autrement. Les études ont d’abord été divisées selon le fait qu’elles touchent des facteurs reliés à la patiente ou au soignant, comme d’autres études réalisées sur l’épidurale dans les dernières années. (Goldberg & Shorten, 2014a; Goldberg & Allison Shorten, 2014b; Lally, 2011; Newnham, McKellar, & Pincombe, 2018) En creusant l’analyse, les études empiriques répertoriées sur le processus décisionnel face à l’épidurale ont été divisées selon quatre niveaux d’analyse, une adaptation de ceux initialement développés par Newnham et collab. (2017b), soit les niveaux individuel, microsocial, institutionnel et macrosocial (voir Figure 2.1).

Figure 2.1 Niveaux d’analyse entourant le processus décisionnel face à l’épidurale: analyse de la recension des études empiriques



2.3.1 Niveau individuel : peur de l'épidurale et de l'accouchement

Les éléments de la personnalité de la femme l'amenant à prendre l'épidurale ou non sont complexes à analyser. Bien que plusieurs éléments de la personnalité de la femme (*Big Five Inventory*) corrélaient avec sa vision du travail et de l'accouchement, ces relations étaient largement modérées par la décision d'avoir une épidurale. (N= 125 Américaines; Conrad & Stricker, 2018) Au contraire, une autre enquête américaine indique que les femmes accouchant sans épidurale ont plutôt un locus de contrôle plus élevé et désirent participer activement à l'accouchement dans l'ensemble du processus. (Heinze & Sleigh, 2003) En ce sens, le fait même de penser que l'épidurale sera nécessaire est le deuxième facteur de son utilisation après la nulliparité. (2529 Suédoises; Schytt & Waldenström, 2010)

L'enjeu de la peur revient régulièrement dans les études. On souligne d'emblée l'importance de distinguer la peur liée à l'épidurale comme telle et celle liée à l'accouchement; sans cette distinction, on ne peut mesurer, par exemple, l'effet de la catastrophisation de la douleur, car la peur peut autant mener à choisir l'épidurale qu'à la refuser. (Van den Bussche et collab., 2007) La *peur liée à l'épidurale* touche autant la procédure que les effets secondaires. Le fait de ne pas bien connaître l'épidurale et la procédure peut augmenter la peur que les femmes en ont, et qui conséquemment refusent de la prendre. (Orejuela et collab., 2012) Le choix d'accoucher sans épidurale peut aussi être appuyé sur une peur des effets secondaires. (Chang et collab., 2008; Van den Bussche et collab., 2007) Inversement, le fait de bien connaître ses effets secondaires réduit son emploi (Heinze & Sleigh, 2003).

La *peur de l'accouchement* est invoquée comme raison majeure pour choisir l'épidurale (Kukulu & Demirok, 2008) et est associée à une augmentation de l'utilisation de l'épidurale (Hall, Stoll, Hutton, & Brown, 2012). L'intention de prendre l'épidurale est plus élevée lorsque les femmes ont peur de l'accouchement : ceci a aussi été observé chez les femmes qui sont déjà enceintes (Heinze & Sleigh, 2003) que pour celles qui ne le sont pas (Swift, Gottfredsdottir, Zoega, Gross, & Stoll, 2017). Une étude prospective longitudinale auprès de Suédoises (N=386) et d'Australiennes (N=123) offre une typologie des femmes selon leur peur, attitude et croyances envers leur l'accouchement : 1) les '*Self determiners*' (attitudes claires sur l'accouchement qui est vu comme un processus naturel et lié à aucune peur); 2) '*Take it as it comes*' (pas de peur de l'accouchement sans attitude claire sur l'accouchement); et 3) '*Fearful*' (peur de la naissance, soucis face à la

douleur, au contrôle et à la sécurité). (Haines, Rubertsson, Pallant, & Hildingsson, 2012) Le fait d'appartenir à ce dernier groupe augmente la probabilité d'un accouchement sous anesthésie épidurale. Enfin, le fait d'avoir peur de l'accouchement est lié au fait de ressentir plus de douleur (Haines et collab., 2012), alors qu'on indique ailleurs que les femmes recevant l'épidurale ont autant de douleur que celles qui ne le reçoivent pas, mais expriment plus de peur. (Alehagen, Wijma, Lundberg, & Wijma, 2005)

2.3.2 Niveau microsocial : impact du partenaire, de l'entourage et de la culture

L'entourage immédiat peut aussi avoir un impact sur la décision de la femme. On a ainsi découvert une forte association de son utilisation avec la préférence du *partenaire* pour l'épidurale (N=320 Américaines; Harkins et collab., 2010) et ce, bien que cette préférence de l'épidurale soit différente entre les pères et les mères autant en prénatal que pendant le travail. (150 couples américains; Orbach-Zinger et collab., 2008) Une étude américaine par méthodologie de théorisation ancrée (N=17 couples) identifie deux éléments de l'expérience de l'épidurale par le père, le sentiment de perdre la femme avec les douleurs de l'accouchement ("*Losing Her*") et celui de la retrouver avec l'épidurale ("*She's Back*"), et suggère une meilleure préparation prénatale qui inclut une description des changements hormonaux affectant l'attitude de la mère. (Chapman, 2000)

L'*entourage social* peut aussi avoir une influence. Ainsi, une étude hollandaise soulève que le fait d'avoir des membres de sa famille ou des amies ayant eu une expérience positive de l'épidurale, contribue à la décision de l'épidurale (N=51 Turques; Kukulu & Demirok, 2008), voire même en double la probabilité. (Van den Bussche et collab., 2007) Parallèlement, la décision d'accoucher sans épidurale est alimentée par une expérience positive d'accouchements naturels par des proches. (N=40 Hollandaises; Logsdon & Smith-Morris, 2017)

De même, des *éléments culturels* sont aussi impliqués. Chez une population largement latine aux États-Unis, une importante raison rapportée par les femmes pour refuser l'épidurale est le fait que la famille et/ou les amis ne recommandent pas cette anesthésie et croient que « les femmes devrait composer avec (*cope*) la douleur de l'accouchement ». (Orejuela et collab., 2012). Une étude américaine comparative, mettant de l'avant les différences possibles entre différents groupes culturels (approche intersectorielle), a permis de constater qu'il n'y a pas de généralisation possible sur leur perception de l'épidurale et leur décision de la prendre : alors que les 19 femmes blanches

de classe sociale moyenne ou haute conçoivent l'épidurale comme sécuritaire et décident de la prendre, les 51 adolescentes afro-américaines mettent plutôt l'accent sur les risques associés et décident donc de ne pas la prendre. (Dillaway & Brubaker, 2006) Une étude comparative Israël-Norvège permet de constater comment des différences culturelles sur les peurs liées à l'accouchement ont un impact sur la prise de l'épidurale : les Israéliennes (N = 490), plus soucieuses de leur enfant et ayant plus peur de la douleur, favorisent plus l'épidurale que les Norvégiennes (N = 2918), plutôt préoccupées par le fait de se sentir seule lors de l'accouchement, de ne pas être capable d'accoucher, dans une vision négative de l'accouchement. (Preis, Benyamini, Eberhard-Gran, & Garthus-Niegel, 2018)

2.3.3 Niveau institutionnel : impact du soignant et de la culture institutionnelle

L'approche même adoptée par chaque accoucheur-se a un impact sur l'utilisation de l'anesthésie épidurale. En divisant les médecins de famille selon leur utilisation de l'épidurale, soit faible (0-30%; 15 médecins), moyenne (31-50%; 55 médecins) et élevée (51-100%; 26 médecins), l'étude a pu démontrer que cette division reflète l'approche générale de l'accouchement par le médecin : les femmes ayant accouché sans épidurale étaient admises à un stade plus élevé de dilatation cervicale, recevaient moins de monitoring et d'ocytocine, avaient moins de mauvaises présentations, de césariennes, de consultations obstétriques et d'admission en néonatalogie. (N=1992 multipares britanno-colombiennes à bas risque; Klein et collab., 2001)

Cela renvoie aux limites de la notion de *décision partagée*, sujet de recherche doctoral de Goldberg. Une démarche quantitative dans une maternité américaine auprès de mères (N=35 primipares) et de soignants (N=52) indique que ces derniers perçoivent plus que les patientes le sentiment d'une prise de décision éclairée (*informed decision making*). (Goldberg & Shorten, 2014a) La démarche qualitative sur la perception de la prise de décision l'épidurale (14 patientes, 13 infirmières et 7 gynéco-obstétricien.ne.s.) précise que les patientes tentent de se placer en position de choix éclairé et cherchent à faire respecter leurs décisions, mais font face au paternalisme de certains soignants qui les redirigent vers leurs propres préférences sur l'épidurale. (Goldberg & Shorten, 2014a) Ceci va de pair avec l'enquête nationale américaine *Listening to Mothers III: Pregnancy and Birth* qui note une plus grande pression d'accepter l'épidurale dans les dernières années. (Declercq et collab., 2013; cités par Goldberg & Shorten, 2014b) On invite à soutenir les femmes dans leur prise de décision (Goldberg & Shorten, 2014b; Logsdon & Smith-

Morris, 2017) tout en notant la complexité d'une véritable démarche de choix éclairé respectant l'agentivité des femmes qui nécessite que les soignants fassent une analyse critique de leur modèle médical de soin (Happel-Parkins & Azim, 2016).

La *culture locale de pratique* a aussi une influence. Une enquête française montre des variations d'un type d'établissement à un autre, alors que la probabilité d'accoucher sans épidurale est plus élevée dans un hôpital public non-universitaire et dans les petites et moyennes unités de maternité. (N=8233; Le Ray et collab., 2008) Une enquête suédoise indique que les possibilités de recevoir une anesthésie épidurale étaient deux et trois fois plus élevées dans certaines régions plutôt que d'autres. (N= 2529; Schytt & Waldenström, 2010) Une enquête australienne identifie parmi les facteurs augmentant la probabilité d'accoucher sans anesthésie le fait de vivre dans les régions (plutôt que dans les métropoles), d'être suivies par une équipe de médecins de famille ou par un suivi sage-femme, ou d'accoucher avec des soignants qu'elles connaissaient (N=5840; Prosser et collab., 2018).

Développer un soutien approprié à la décision de soulagement de la douleur est le thème central de la recherche doctorale britannique de Lally (2011), réalisée auprès de patientes et de soignants (personnel de maternité, obstétricien.ne.s, anesthésistes et sages-femmes dans la communauté). Ensuite, à aucun moment avant l'accouchement les femmes ne sont interrogées de manière systématique sur ce qui leur est important lors du travail pour soulager la douleur : comprendre les valeurs de la femme permet pourtant d'offrir des options qui sont en cohérence avec celles-ci et de s'assurer qu'elle reçoit le soutien désiré lors du travail. Le soutien doit être fait en prénatal pour que les femmes développent leur capacité à prendre des décisions partagées, tout en s'assurant qu'elles sachent que le travail est souvent imprévisible et que le personnel sera alors en meilleure position pour recommander ce qui doit être fait. (Lally, 2011)

Le rapport Hirst sur le système des maternités dans une région australienne, cité à quelques reprises dans les études, avait mené à décrire les gens qui y travaillent en deux archétypes, soit « organique » ou « mécanique ». D'un côté, les « mécaniques », principalement des obstétricien.ne.s, conçoivent leur expertise et la technologie comme nécessaire face à l'accouchement qu'ils perçoivent avant tout comme imprévisible et risqué et pouvant mener à des conséquences imprévisibles et mettent l'emphasis sur le modèle médical. De l'autre côté, les « organiques », surtout des sages-femmes, voient l'accouchement comme un événement normal

de la vie, revendiquant ainsi des modèles de soins moins interventionnistes et plus humains. (Hirst 2005, cité par Barrett, 2017; Possamai-Inesedy, 2009) L’auteure du rapport déclare que les femmes se voient trop souvent imposer la vision mécanique dans ces maternités, car celle-ci y prédomine encore : *“Whatever choices women have and make, once they enter the hospital system, what happens to them is prescribed by hospital protocols or an individual obstetrician’s preferences”* (MacColl 2009, 26; cité par Barrett 2017).

L’*allocation des ressources* est aussi un facteur important. Une étude québécoise auprès des soignant.e.s et patientes d’une maternité de niveau 3 identifie la culture institutionnelle comme barrière centrale à l’accouchement sans épidurale : les soignants sentent une pression d’être toujours prêt pour une complication et indiquent ne pas avoir les ressources nécessaires, notamment du personnel qualifié, pour ce que ce type d’accouchement exige. (Knox, Rouleau, Semenik, Khongkham, & Ciofani, 2018) De même, une étude britannique a mesuré l’impact de la charge de travail du soignant sur le taux d’utilisation de l’épidurale: plus la charge augmente, plus les sages-femmes rationnent les services qui nécessitent beaucoup de ressources (ici, l’épidurale) auprès des femmes qui ont des accouchements sans complication, réduisant de plus du quart le nombre de femmes de cette clientèle recevant l’épidurale à comparer aux journées moins chargées. (Freeman, Savva, & Scholtes, 2017)

2.3.4 Niveau macrosocial : paradigmes de la douleur concurrents

Les études indiquent des influences sociales plus larges encore, tout particulièrement sur l’impact de différentes interprétations de la douleur très révélatrices: *“Like all interpretation, interpreting pain is a socially located practice, in both systemic and more intimate ways.”* (Klassen, 2002, p. 86). L’enjeu de la douleur est au centre de la compréhension de l’épidurale, ayant été développé dans le but précis de la soulager, comme méthode de « gestion de la douleur ». Si, rarement, certaines femmes ne ressentent pas de douleur lors du travail et accouchent de manière inattendue (Gaskin, 2003), la perception majoritaire est à l’autre extrême : « les travaux de Melzack et Katz [1999] à l’Université McGill ont montré, à l’aide d’instruments standardisés, que la douleur obstétricale ressentie par la majorité des parturientes est une des pires douleurs dont l’être humain peut faire l’expérience ». (Rossignol et collab., 2012, p. 14)

Historiquement, nous sommes passés d'un paradigme où plusieurs stratégies étaient utilisées pour *soutenir l'intensité du travail/douleur* (parmi lesquelles s'inscrivait notamment la spiritualité) à une époque caractérisée par la gestion pharmacologique de la douleur, symbolisée par l'épidurale, destinée à *soulager la douleur pendant le travail*. (Jones et collab., 2012) Ceci est notamment bien documenté en contexte québécois (Rivard 2014).

Toutefois, encore aujourd'hui nous faisons face à des paradigmes concurrents de la douleur, alors qu'un nouveau paradigme émerge, celui de *travailler avec la douleur*. Ce paradigme entre en conflit direct avec le paradigme de soulagement de la douleur, commun dans le monde biomédical, mais aussi dans l'ensemble de la société : l'implication implicite est que le soulagement de la douleur est le progrès et que de ne pas vouloir être soulagée est absurde. Le nouveau paradigme indique plutôt que la douleur de l'accouchement ne peut être réduite à un problème médical, mais qu'elle est un élément structurel du processus d'accouchement qui de plus peut avoir des aspects positifs. D'un point de vue physiologique, les nouvelles directives cliniques adoptées par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (« N° 355-Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement: approche de soulagement basée sur les données probantes »; Bonapace et collab. 2018) encouragent une modulation de la douleur par l'activation de trois mécanismes physiologiques endogènes : i) déclencher des stimuli agréables dans la région douloureuse pendant ou entre les contractions notamment par un massage ou par une immersion dans l'eau (la théorie du portillon); ii) déclencher des stimuli douloureux à n'importe quel endroit du corps pendant les contractions douloureuses par exemple, avec l'acupression ou l'injection d'eau stérile (contrôle inhibiteur diffus nociceptif); et iii) détourner ou à concentrer l'attention de la femme avec, par exemple un soutien apporté durant le travail ou des visualisations (contrôle des centres supérieurs du système nerveux central). En modulant ainsi la douleur, ces mécanismes endogènes encouragent la génération d'ocytocine naturelle qui favorisent les contractions au niveau de l'utérus et au niveau de l'encéphale renforçant la capacité de la femme à gérer sa douleur et son travail : de même, on vise éviter la sécrétion d'adrénaline nuisible au travail lorsque la femme ne peut plus activer ses mécanismes d'adaptation à la douleur.

En déclenchant une cascade neuro-hormonale qui soutient le processus d'accouchement, le fait de travailler avec la douleur peut être lié à d'autres éléments positifs, notamment que l'accouchement soit vécu comme un rite de passage où la femme peut vivre plus de joie et de sentiment de fierté

et d'accomplissement. Accoucher « moi-même » est nommé comme une raison de ne pas vouloir l'épidurale. (N=40 Hollandaises; Logsdon & Smith-Morris, 2017) Leap et Anderson (2008) font ainsi une comparaison entre les deux approches de la douleur : i) l'approche de soulagement de la douleur adopte un langage indiquant que la douleur est un problème, traitable dans une époque technorationaliste où les accouchements sont réalisés en série; accompagnés par une attitude paternaliste « nous pouvons vous protéger d'un stress inutile », l'expertise clinique des soignants est mis de l'avant; versus ii) une approche qui travaille avec la douleur adoptant un langage suggérant la douleur comme normative, une composante d'une transition, d'un « rite de passage, où l'on encourage la femme dans une posture égalitariste « nous sommes à vos côtés » et où l'environnement de l'accouchement est crucial.

Cette tension face à ces deux paradigmes de la douleur distinctifs et concurrents se manifeste de manière transversale dans la littérature, à tous les niveaux d'analyse : entre les femmes, chez les conjoint.e.s, leur famille, mais aussi plus largement, on constate des changements de paradigmes au niveau culturel et institutionnel, variant d'un milieu de naissance à un autre, d'un soignant à un autre. Concrètement, la façon que l'on perçoit la douleur aura un impact sur la décision faite face à l'épidurale. Une étude qualitative québécoise menée à l'université McGill sur les barrières et facilitateurs de l'accouchement sans épidurale indique une différence d'attitude face à la douleur entre les patientes et les soignants : alors que les mères avaient une vision plutôt positive, le personnel était plus mitigé, cette différence pouvant avoir un impact sur la décision prise face à l'épidurale. (Knox et collab., 2018) Un autre exemple en contexte social très peu porté sur l'utilisation de l'épidurale, une étude hollandaise sur la perception de la douleur chez les mères et sur leur processus de décision sur l'épidurale, conclut que les participantes voient la douleur de l'accouchement comme « naturelle » (d'un point de vue biologique) et positive et l'approchent conséquemment avec des méthodes d'accouchement non-médicales. (Logsdon & Smith-Morris, 2017)

Ces paradigmes de la douleur concurrents divisent même le milieu de la recherche sur le sujet de l'épidurale : ceci est visible dans la manière dont on situe le contexte de recherche et les discussions des résultats. Ainsi, le paradigme de soulagement de la douleur, toujours dominant, influence la manière dont l'épidurale est régulièrement présentée en recherche. Dans leur revue de littérature critique de l'épidurale, Newnham et collab. (2016) indiquent ainsi que les notions de

sécurité et d'efficacité sont mises de l'avant pour justifier l'utilisation de l'épidurale, et ce malgré les effets secondaires connus et sans prendre en considération d'autres éléments plus difficilement mesurables et donc moins étudiés, tels l'expérience subjective de la mère, les conséquences pour la relation mère-enfant et les effets à long terme. Une réponse simpliste et mécanistique à des problèmes complexes est cette emphase sur un soulagement de la douleur à tout prix; ceci indique l'importance de la culture biomédicale, qui à la fois influence et reflète des normes culturelles. (Newnham et collab., 2016)

2.3.5 Intégrer plusieurs niveaux d'analyse : un exemple de la complexité

L'exemple des études mesurant l'impact des cours prénataux sur la décision de prendre l'épidurale permet de mieux comprendre comment plusieurs niveaux d'analyse peuvent s'entremêler dans le processus décisionnel. Plusieurs études s'intéressent à ce sujet, mais arrivent à des résultats contraires. D'une part, le fait de prendre un cours prénatal diminuerait grandement l'intention de prendre l'épidurale. (N=2596 Norvégiennes; Sitras, Šaltytė Benth, & Eberhard-Gran, 2017) De même, au Canada, le fait de prendre l'épidurale est plus élevé chez les primipares n'ayant pas reçu de cours prénataux, sans que cette association soit statistiquement significative. (N=624 Britannico-Colombiennes; Stoll & Hall, 2012) Inversement, en contexte international, une formation sur l'épidurale augmente l'intention de prendre l'épidurale (N=81 primipares saoudiennes; Alakeely et collab., 2018), concluant que la formation sur l'épidurale pendant la période prénatale est nécessaire pour une meilleure prise de décision sur l'épidurale. Ces résultats paradoxaux s'expliquent notamment par des différences idéologiques sur la douleur chez les mères, ceux qui enseignent le cours ou encore ceux réalisant la recherche.

Par exemple, comprendre pourquoi l'initiation de l'épidurale est repoussée chez plusieurs de leurs patientes (N=200 primipares) est l'objectif de cette étude américaine qui s'inscrit clairement dans le paradigme de soulagement de la douleur :

This phenomenon is unique to childbirth; there is no other painful condition that men or women experience in which there is similar pressure to forego analgesia. One cannot help but wonder if epidural analgesia would be viewed differently if, prior to the stress of labor, mothers-to-be were well informed and clearly understood that childbirth is likely the most severe pain they will ever experience. (Echevarria, Grant, Chung, & Lax, 2017)

Ce qui choque les auteurs, c'est que la décision de ne pas prendre l'épidurale était 1,8 fois plus élevée chez les femmes ayant pris un cours prénatal enseigné par quelqu'un qui n'était pas un médecin. Leur préoccupation est que cette décision s'appuie sur une vision de l'épidurale qui ne soit pas appuyée par la science (*evidence-based medicine*), mais qui soit plutôt influencée par la philosophie Lamaze de ces cours qui encourage une vision de l'accouchement naturel et qui déconseille ainsi l'épidurale. (Echevarria et collab., 2017)

De même, dans le paradigme mettant de l'avant le fait de travailler avec la douleur, une ethnographie investiguant les influences personnelles, sociales, culturelles et institutionnelles sur la décision de l'épidurale a plutôt conduit au constat que les cours offerts dans leur contexte d'étude ne donnent pas aux femmes les informations adéquates pour qu'elles puissent donner leur consentement à l'épidurale ni pour pouvoir faire le choix d'accoucher dans l'eau. Il y a illusion d'un choix éclairé alors qu'un biais est évident envers des pratiques d'accouchement médicalisées. (Newnham, McKellar, & Pincombe, 2017a)

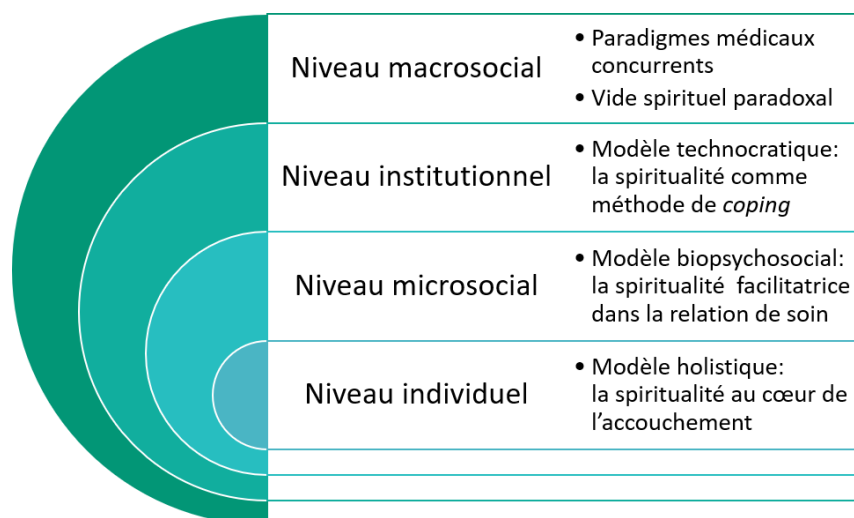
D'un côté comme de l'autre, on questionne l'éthique derrière les cours prénataux et on souligne l'importance que des informations non biaisées soient données aux femmes. Encore plus troublant dans ce contexte, les femmes n'ont pas toujours les informations pour décider, alors même qu'elles désirent les avoir et même lorsqu'elles prennent des cours prénataux. (Lothian, 2007)

2.4 Études empiriques sur la spiritualité lors de l'accouchement

À partir des mêmes banques de données, une recherche a été réalisée au début du projet et remise à jour en octobre 2018 avec ces mots-clés : « spiritual* » AND « birth ». Quarante études empiriques ont été retenues, en plus des différentes études composant deux ouvrages édités récemment sur le sujet, soit : *Spirituality and Childbirth: Meaning and Care at the Start of Life* (2017) par Crowther et Hall et *Sacred Inception: Reclaiming the Spirituality of Birth in the Modern World* (2018) par Delaporte et Martin.

La structure de cette recension reprend celle pour les études sur le processus décisionnel face à l'épidurale, soit les niveaux d'analyse, mais en l'inversant, cette organisation étant plus cohérente avec les études sur le sujet de spiritualité et naissance (voir Figure 2.2).

Figure 2.2 Considération de la spiritualité de l'accouchement en fonction du paradigme médical : analyse de la recension des études empiriques



2.4.1 Niveau macrosocial : le vide en recherche et les paradigmes médicaux concurrents

Bien que l'accouchement ait été vu comme un phénomène spirituel à travers l'histoire et les cultures (Gadon 1989, Gaskin 1990, Hall 2001, Linhares 2005, Noble 1991, cités par Moloney, 2009, p. 191), plusieurs soulignent paradoxalement le manque d'études sur le sujet et ce, dans plusieurs disciplines : dans le monde de la santé (Hall, 2001, Moloney 2007), en sociologie (Possamai-Inesedy, 2009), en travail social (Schneider, 2012), mais aussi en théologie (Lipperini, 2016) et en études religieuses. (Delaporte & Martin, 2018). Ainsi, une rare étude empirique dans le domaine des études religieuses est une démarche doctorale auprès d'Américaines de diverses affiliations spirituelles et religieuses décidant d'accoucher à domicile, et elle révèle que toutes partagent un élément commun : leur interprétation religieuse de l'accouchement s'inscrit à *l'extérieur* des institutions religieuses officielles. (Klassen, 2001b) Dans ma propre démarche de recherche, un membre du comité éthique m'a ainsi contactée hors réseau officiel pour me dire combien mon sujet était important, que « les femmes savent que la naissance est spirituelle, mais que la religion patriarcale a mis cette expérience de côté ». L'intérêt actuel sur la spiritualité amène ceci à changer : « alors que le champ des religions s'est longtemps occupé du rôle des hommes et de leur manière d'organiser ce champ, en ignorant trop souvent le rôle et la pensée des femmes en la matière, la spiritualité permet de renverser le système ou de débusquer les manières inexplorées qu'ont eues les femmes de vivre le religieux » (Stuckey cité dans Gravend-Tirole, 2015).

Toutefois, l'enjeu le plus souvent évoqué par les études pour comprendre l'absence de réflexion sur la spiritualité lors de l'accouchement n'est pas dans le domaine religieux, mais bien dans le monde médical comme tel. Depuis les années 1980, Davis-Floyd (2001) décrit l'impact dans le monde de l'accouchement de la cohabitation de paradigmes médicaux concurrents, du modèle technocratique qui sépare corps et esprit (*mind-body*), en passant par un modèle humaniste qui les connecte dans une approche biopsychosociale, à un modèle holistique qui considère la personne entière (*mind-body-spirit*). Ce qui est dans le meilleur intérêt des femmes qui accouchent n'est pas de favoriser un paradigme sur l'autre, mais d'apprendre à combiner les meilleurs atouts de chacun :

Contemporary obstetrical practitioners have a unique opportunity to weave together elements of each paradigm to create the most effective system of care ever designed on this planet. [...] If we could apply appropriate technologies, in combination with the values of humanism and the spontaneous openness to individuality and energy chartered by holism, we could in fact, create the best obstetrical system the world has ever known. (Davis-Floyd, 2001)

Dans cette section, on reprend chacun de ces paradigmes en tant que différents niveaux d'analyse pour y présenter comment la spiritualité y est (plus ou moins) intégrée : i) le niveau institutionnel dominé par le paradigme technocratique où la spiritualité est intégrée comme soutien dans des contextes aux limites du biomédical; ii) le niveau microsocial de la relation soignant-soigné avec le paradigme humaniste où la spiritualité contribue à une approche plus humaine de l'accouchement; et iii) le niveau individuel représenté dans le paradigme holistique dans laquelle la spiritualité est partie intégrante.

2.4.2 Niveau institutionnel : la spiritualité comme besoin et ressource dans le paradigme technocratique dominant

Davis-Floyd décrit le système médical occidental comme dominé par un paradigme technocratique, c'est-à-dire fortement orienté vers la science, la technologie, le profit économique et une gouvernance patriarcale. Le succès y est synonyme de médicalisation et d'innovation en santé et l'accouchement y est vu comme dangereux; l'expérience telle que vécue par les mères n'est pas prise en compte parce que le travail et la naissance sont conceptualisés comme des processus mécaniques qui requièrent une intervention efficace et sécuritaire. (Davis-Floyd, 2001) Cette vision interventionniste conduit au contrôle de la mère, notamment via la peur, thème récurrent dans les études entourant l'accouchement. (Moloney, 2009) Cette division

institutionnalisée corps-esprit qui en découle expliquerait l'absence de la spiritualité dans une réflexion complète sur l'accouchement. (Burkhardt & Nagai-Jacobson 2002, cités dans Moloney, 2007)

Dans ce contexte de naissance, on observe que la majorité des études empiriques menées sur la spiritualité se situent aux limites du biomédical : quand l'approche technocratique ne tient plus, la spiritualité pourrait ainsi être un soutien. Plusieurs de ces contextes sont ici listés :

Infertilité. Une recherche qualitative américaine sur l'expérience de la spiritualité pour les femmes infertiles qui passent par un traitement médical pour tomber enceintes dégage plusieurs thèmes : a) un sentiment de défi spirituel en relation avec Dieu ou une puissance supérieure; b) un sentiment de culpabilité spirituelle, d'être punie par une Puissance supérieure face au vécu de l'infertilité; c) un sentiment d'être parfois connectée à Dieu et parfois déconnectée; d) un sentiment attaché à une signification et au but spirituel de l'expérience de l'infertilité; et e) un sentiment de gratitude spirituelle face à l'intervention divine lors d'un résultat positif suite au traitement médical. (Frances-Fischer, 2005) Une revue de littérature sur le sujet met les soins spirituels au centre des soins à apporter aux femmes ayant des problèmes de fertilité, et ce, pour plusieurs raisons : i) la religion et la spiritualité veulent influencer la prise de décision face à un traitement, ou encore, sur le vécu même de l'expérience de l'infertilité; ii) la spiritualité peut avoir un impact sur la guérison, que ce soit par une recherche concurrente de guérison médicale et spirituelle ou le recours à la prière pour guérir l'infertilité; et iii) les croyances spirituelles et religieuses peuvent être source de support. (Roudsari, Allan, & Smith, 2007)

Grossesse à risque élevé. Une étude qualitative canadienne sur les besoins spirituels en contexte de grossesse à risque indique que, bien qu'ayant de la difficulté à définir leur spiritualité, les femmes reconnaissent l'expression spirituelle comme facteur-clé à leur santé et guérison: "*women experience their spirituality as an essential part of who they are and that they do use their spiritual beliefs and practices to aid them in their search for meaning and to calm their fears and anxieties as they move through the experience of high-risk pregnancy.*" (Price et collab., 2007)

Accouchement après fausse-couche. Une étude phénoménologique taiwanaise sur le vécu d'une grossesse après fausse-couche souligne le sentiment d'incertitude et le besoin d'être rassurée. La prière est souvent sollicitée pour accompagner cette nouvelle grossesse. Ces femmes ont besoin du soutien pratique, physique, mais aussi spirituel, d'infirmières et de sages-femmes afin de les

aider d'une part à traverser la perte profonde de leur fausse-couche et, d'autre part à bien vivre cette nouvelle grossesse. (Sun, Sinclair, Kernohan, Chang, & Paterson, 2011)

Bébé de petit poids. Des études américaines ont tenté d'établir quels facteurs prédisposaient à un bébé de poids plus faibles. La spiritualité, comprise comme ressource personnelle (*source for coping*) pouvant « m'aider à agir » (*empowers oneself*), n'a pas été identifiée comme ayant un effet sur la santé de l'enfant dans une étude auprès de 119 Afro-Américaines. (Dailey, 2009) Toutefois, une étude portant plutôt sur la pratique religieuse (*maternal religious attendance*) indique qu'elle est une mesure protectrice au petit poids de l'enfant, sans expliquer comment. (Burdette, Weeks, Hill, & Eberstein, 2012)

Grands prématurés. L'étude qualitative sur l'expérience d'Américaines ayant accouché d'un enfant de moins de 900 grammes et de 27 semaines de gestation ou moins indiquent qu'un des aspects importants de cette expérience –autre que la dimension relationnelle avec la famille et le personnel soignant- est un besoin de prier et l'importance d'un certain maintien du soi spirituel (« *spiritual self* »). (Schenk, 2005) Une enquête portugaise a mesuré la qualité de vie de parents de très grands prématurés quatre mois après l'accouchement en utilisant le *World Health Organization Quality of Life – BREF Inventory*) qui inclut la spiritualité dans les composantes psychologiques. Les résultats indiquent que plusieurs répondants neutralisent leur expérience en mettant l'emphasis sur des éléments positifs comme la joie et leur confiance en soi, mais aussi sur des éléments de croyances personnelles et spirituelles comme le fait de croire que les choses arrivent pour une raison. (Mariana, Elisabete, Michelle, Ana Isabel, & Susana, 2018) Une étude phénoménologique australienne réalisée en contexte d'extrême prématurité (24 semaines de gestation et moins) auprès d'infirmières montre comment certains parents vont espérer un miracle, souhaitant une intervention divine pour leurs enfants et oscillant entre l'espoir et le désespoir : les parents pourraient se demander pourquoi Dieu laisse ceci arriver à leur enfant, la mort remettant en question leurs croyances fondamentales sur lesquelles s'appuie leur vie. (Green, 2015)

Néonatalogie. Une enquête allemande auprès des mères de nouveau-nés malades ou prématurés indique que leurs besoins spirituels sont plus de l'ordre du don et de la paix intérieure plutôt que de besoins existentiels ou religieux; toutefois les besoins religieux étaient significativement plus élevés lorsque le pronostic de leur enfant est incertain. (Büssing, Wassermann, Christian Hvidt, Langer, & Thiel, 2018) Dans notre enquête (voir section 2.4),

l'admission de l'enfant en néonatalogie est la seule variable significative pour les deux parents, associée à un score de spiritualité plus élevé. (Bélanger-Lévesque et collab., 2016) Une étude américaine qualitative mesure l'impact de l'expérience de néonatalogie sur leur vision du monde religieuse et spirituelle un mois après leur congé : les parents ayant déjà un bagage religieux ou spirituel indiquent que leur foi a augmenté depuis cette expérience sans que cela change leur vie spirituelle ou religieuse. (Brelsford & Doheny, 2016)

Mort d'un jumeau ou autre multiple. Une étude australienne auprès de 52 couples ayant perdu un bébé dans une grossesse multiple indique que les deux parents ont vu l'intensité de leurs croyances spirituelles significativement augmenter depuis ce deuil et que les parents les plus endeuillés sont ceux qui ont les croyances spirituelles les plus fortes, ce que les chercheurs n'ont pas pu expliquer. (Swanson, Kane, Pearsall-Jones, Swanson, & Croft, 2009)

Dépression postpartum. Des études américaines mesurent l'influence de la spiritualité et de la religiosité sur le risque de dépression postpartum. Une première enquête via questionnaire (N=344), contrôlant plusieurs variables confondantes, a identifié qu'une seule mesure de spiritualité et de religiosité diminue le risque d'avoir des symptômes de dépression sévère : la participation à des activités religieuses au moins quelques fois par mois. (Mann, McKeown, Bacon, Vesselinov, & Bush, 2008) Une étude auprès d'Afro-Américaines (N=702) indique qu'un score faible de spiritualité prédit une augmentation des symptômes dépressifs dans l'année suivant l'accouchement. (A. C. Cheadle et collab., 2015) Une recherche ultérieure (N=2399) de cette équipe indique que les mécanismes protecteurs de la spiritualité et de la religiosité sont liés aux ressources psychosociales de maîtrise de soi (*mastery*), d'estime de soi et d'optimisme. (A. C. D. Cheadle & Schetter, 2018)

Croissance posttraumatique. La croissance posttraumatique (*posttraumatic growth*) est décrite ainsi: "*positive psychological change experienced as a result of the struggle with highly challenging life circumstances*". (2004, cités par Beck & Watson, 2016) Cinq dimensions de croissance sont mesurées par le *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) : *Appreciation of Life*, *Relating to Others*, *Personal Strength*, *New Possibilities*, et *Spiritual Change*. Cet outil a été utilisé dans différentes cultures. Une étude phénoménologique américaine reprend les concepts développés Tedeschi et Calhoun pour représenter l'expérience d'accouchement : 1) s'ouvrir à un nouveau présent; 2) atteindre un nouveau niveau de vulnérabilité (*nakedness*) relationnelle; 3)

renforcer un esprit spirituel (*spiritual-mindedness*); et 4) forger de nouveaux chemins. (Beck & Watson, 2016) Dans une étude japonaise (N=177), aucun changement n'a été identifié sur l'élément de changement spirituel contrairement à tous les autres éléments. (Nishi & Usuda, 2017) En contexte israélien, trois études différentes ont confirmé l'efficacité du PTGI, précisant que pour les trois, le plus grand changement a été vu dans la force personnelle, suivi par l'appréciation de la vie et que le plus bas était aussi le changement spirituel. (Taubman-Ben-Ari, Findler, & Sharon, 2011) Ces résultats sont les mêmes que ceux identifiés en contexte britannique (N=219) : *“The lowest change was in spiritual change, implying that after childbirth spiritual development is less likely to occur in comparison to other psychological and interpersonal changes.”* (Sawyer & Ayers, 2009) En 2017, Tedeschi et ses collaborateurs valident auprès de trois populations (américaine, turque et japonais) une version modifiée de la section spiritualité pour ajouter quatre questions qui prennent mieux en considération les différences culturelles, mais aussi la réalité des personnes non-religieuses ou athées. (Tedeschi, Cann, Taku, Senol-Durak, & Calhoun, 2017)

2.4.3 Niveau microsocial : la spiritualité comme facilitateur soignant-soigné dans le paradigme humaniste

Le paradigme médical humaniste, tel que décrit par Davis-Floyd (2001), met au centre la relation soignant-soignée, entre la femme et ses soignant.e.s : tout est une question relationnelle, orientée sur le partenariat et la compassion. Moloney et Gair (2015) ont montré comment le lien de la spiritualité passe par cette même compassion et empathie, alors que le soin spirituel fait par les sages-femmes pendant l'accouchement peut améliorer l'expérience d'accouchement et offrir une fondation solide à la maternité. Inversement, les participantes lient le manque d'empathie, de compassion et de soin spirituel avec des expériences d'accouchement traumatiques et une difficulté à s'attacher à l'enfant : on fait l'hypothèse que le stress posttraumatique pourrait être considéré comme une forme de détresse spirituelle. *“Caregivers played a crucial role in shaping the birth experience – for better or for worse.”* (Moloney & Gair, 2015)

Des études sont faites pour former des soignants et implanter des soins spirituels en contexte d'accouchement. Une importante enquête européenne longitudinale a été menée sur la perception d'étudiants (N=2193) en soins infirmiers et pratique sage-femme sur la spiritualité, les soins spirituels et leur compétence en soin spirituel au travers de leurs quatre années de formation. Deux facteurs étaient associés à un sentiment de compétence en soins spirituels : le fait de percevoir de

manière large la spiritualité et le soin spirituel et le fait d'avoir une spiritualité personnelle, particulièrement chez les personnes ayant un niveau élevé de bien-être spirituel et d'implication. (Ross et collab., 2018) De même, une méthode d'enseignement créative a été développée afin de permettre aux étudiantes sages-femmes de s'exprimer sur le sens de l'accouchement. (Mitchell & Hall, 2007)

La spiritualité même du soignant est ainsi à considérer, de manière peut-être encore plus importante dans des contextes difficiles. L'étude phénoménologique australienne réalisée en contexte d'extrême prématurité (24 semaines de gestation et moins) auprès d'infirmières démontre leur détresse morale quand elles voient comment certains parents vont espérer un miracle alors qu'il devrait être permis au bébé de mourir en paix, dans la dignité. (Green, 2015) De même, des soignants de néonatalogie indiquent que la spiritualité et la religiosité ont une place dans cette unité, (Catlin et collab., 2001) et que, dans un tel environnement stressant, les besoins spirituels devraient être reconnus non seulement chez le bébé et leur famille, mais aussi chez l'équipe soignante. (Caldeira & Hall, 2012)

En contexte québécois, une étude a été menée sur les facteurs et barrières rencontrés dans l'adoption d'une approche de soins humaniste en contexte d'accouchement dans un hôpital universitaire hautement spécialisé. (Behruzi, Hatem, Goulet, & Fraser, 2011) Ont été rencontrés 17 professionnels et administrateurs de différentes disciplines ainsi que 157 femmes ayant accouché durant la période de l'étude. L'analyse des données qualitatives et quantitatives indique que parmi les éléments cités, le fait de prendre en considération les croyances religieuses et spirituelles de la patiente soit un élément facilitant une approche humaine :

The administrators [...] stated that it was interesting that a hospital with a French-Catholic root had adapted its services for all kinds of cultures and religions. [...] One of the administrators stated that the hospital offered spiritual support: "In the past, we had a pastoral service that was rather based on needs related to the Catholic religion, but now we no longer talk of religion". (Behruzi et collab., 2011, p. 10)

D'autres facilitateurs nommés étaient : un modèle de soin centré sur la famille, le fait que les soignants et les administrateurs veulent offrir un soin de naissance humanisant qui dépasse un soin interventionnel médical centré sur la sécurité et le confort des femmes, mais aussi avoir les installations pour offrir un accouchement sans douleur. Dans les barrières à une approche humaine de soin étaient : la pénurie de professionnels de santé, le manque de communication entre professionnels, un désir des intervenants de prioriser la spécialisation à l'humanisation, une

surestimation de la performance médicale; et le manque d'intimité et de continuité de soins dus à l'environnement de formation engendrant trop de soignants. (Behruzi et collab., 2011) On reconnaît que le contexte hospitalier avec ces protocoles et procédures institutionnalisées peut restreindre la capacité des soignants à pratiquer avec empathie et une conscience spirituelle. (Moloney & Gair, 2015)

Malgré les barrières, on insiste pour dire que l'accouchement est un contexte idéal pour enrichir la spiritualité et que ceci peut se faire aussi simplement en milieu hospitalier en intégrant cette question lors de l'évaluation des femmes venant accoucher : « Avez-vous des croyances spirituelles qui nous aideraient à mieux prendre soin de vous? » (Callister & Khalaf, 2010) On recommande ailleurs d'aller plus loin : d'intégrer la question de la spiritualité comme élément primordial dans la formation des soignants et surtout d'entrer dans une approche de soins holistique. (Crowther & Hall, 2015)

2.4.4 Niveau individuel : la spiritualité au cœur du paradigme holistique

Le paradigme holistique de l'accouchement, toujours selon Davis-Floyd, prend en considération l'ensemble de ce qui constitue un individu, car tout est interlié : son état psychologique (*mind*), son corps, ses émotions, son esprit et son environnement. (2001) La spiritualité devient un élément important dans la vision de la santé et n'est ainsi pas simplement vue pour ce qu'elle pourrait apporter dans des contextes médicaux difficiles ou sa contribution pour une pratique médicale plus humaine, mais aussi pour ce qu'elle représente pour la personne même, ici la femme qui accouche.

La plus grande recherche faite en ce sens est la démarche multiculturelle de l'Américaine Lynn Clark Callister : celle-ci compte plus 20 ans d'études sur le sens qu'accordent les mères à leur accouchement et ce, sur tous les continents (Australie, Europe, Moyen-Orient, Amérique du Sud, central et du Nord, sud et ouest de l'Afrique, Asie de l'Ouest, du Nord et de l'Est, Sud-Ouest Pacifique). Lors d'une analyse secondaire de l'ensemble de ces données, cinq thèmes centraux sont établis sur le sujet précis de la spiritualité lors de la naissance (Callister & Khalaf, 2010). J'ai repris sa typologie pour indiquer dans quelles autres études ces thèmes ont été observés (entre parenthèses):

- i. L'accouchement comme un temps de se rapprocher de Dieu; (Büssing et collab., 2018; Frances-Fischer, 2005)

- ii. L'utilisation des croyances et rituels religieux comme mécanisme d'adaptation (*coping*) puissant; (Amorim, Alves, Kelly-Irving, Ribeiro, & Silva, 2018; Büssing, Wassermann, Christian Hvidt, Langler, & Thiel, 2018; Cheadle et collab., 2015; Mann et collab., 2008; Price et collab., 2007; Roudsari et collab., 2007; Schenk, 2005)
- iii. La naissance comme un temps pour rendre la religiosité plus signifiante; (Brelsford & Doheny, 2016; Sun et collab., 2011)
- iv. L'influence d'une Puissance Supérieure sur les résultats d'accouchement; (Frances-Fischer, 2005; Green, 2015; Roudsari et collab., 2007; Sun et collab., 2011) et
- v. La naissance comme une expérience spirituelle transformatrice. (Beck & Watson, 2016; Nishi & Usuda, 2017; Taubman-Ben-Ari et collab., 2011)

Ces thèmes recoupent ceux d'une recherche américaine par théorisation ancrée se penchant sur la perception de la spiritualité de l'accouchement selon des femmes ayant récemment accouché: i) le sens donné à l'expérience ("*Place of Great Mystery*", "*Sacred Event*"); ii) le sens donné à soi-même et à son rôle: ("*Miracle Bearer*", "*Participant in Creation*"); iii) les actions posées par les femmes ("*Role of Prayer and Faith*"); iv) le rôle des relations divines ("*Relationship With God*", "*Blessings, Gifts, and Miracles*"); et v) les résultats transformateurs ("*Source of Connection*," "*Inspired Emotions*," "*Spiritual Shifts*," "*Fulfillment of Purpose*," "*Personal Power*"). (Schneider, 2012)

Néanmoins, les études portant sur l'étendue de la spiritualité de l'accouchement constituent plutôt l'exception : la majorité s'intéresse à la spiritualité comme mécanisme d'adaptation (*coping*) à des situations difficiles (thème 4, mais surtout 2). On s'intéresse ensuite à la spiritualité pour sa nature signifiante et transformatrice de l'expérience d'accouchement (thème 5), notion largement étudiée dans la démarche doctorale de l'Australienne Moloney qui compare l'accouchement à une initiation spirituelle : « *My findings reveal that despite the presence of patriarchal constraints, some women transcended the cultural norms and discovered the ecstatic potential of their embodied spirituality.* » (Moloney 2009) Plus rarement, les études se penchent sur la dimension inverse, soit comment l'accouchement contribue à la spiritualité, la religiosité ou à la relation avec la transcendance (thème 1 et 3). On peut ainsi se questionner sur le fait que la spiritualité puisse être décrite de manière limitée, voire réductrice, dans ce que d'autres ont décrit comme une appropriation médicale de la spiritualité. (Jobin, 2012)

Une considération de la spiritualité comme au cœur de l'accouchement est présente dans les études auprès de femmes choisissant d'accoucher à domicile qui s'inscrivent définitivement dans un paradigme plus holistique. C'est que le mouvement contemporain d'accouchements à domicile s'inscrit dans une critique contre-culturelle de la biomédecine qui, comme d'autres mouvements de guérison alternatifs, puise dans des ressources religieuses et spirituelles. (Klassen, 2001b) Une étude historique sur l'accouchement à domicile indique ainsi que l'intérêt croissant pour une revitalisation de l'accouchement dans les années 1970 permet d'explorer le sens culturel de cette époque, car il incarne la lutte d'une nouvelle génération à trouver un sens au monde physique et spirituel qui les entoure. (Kline, 2015) Ainsi, malgré la petite proportion que constituent les accouchements à domicile en Occident, le nombre d'études portant sur la spiritualité et la naissance se situant spécifiquement en dehors du contexte hospitalier est significatif. Ina May Gaskin, auteure de *Spiritual Midwifery* (1975) et figure américaine importante dans le mouvement de l'accouchement naturel, parle ainsi du « sacrement de la naissance ». (Gaskin, 1990)

La nature sacrée du choix de l'accouchement à domicile est soulignée dans une étude américaine. (Klassen, 2001a) Ces femmes de différentes religions et spiritualités se tournent souvent vers des ressources religieuses pour donner du sens à la douleur, dans une culture qui préfère l'ignorer :

Home-birthing women's reintroduction of explicitly religious language to describe childbirth takes place in a biomedical culture that has largely foresworn a long history of giving religious meaning to childbirth pain. [...] Late-twentieth-century discourses of alternative childbirth, shaped by feminism in multiple ways, echo this valuing of pain as a source of meaning. While the language is not always so explicitly theological, in contemporary home-birthing women's accounts childbirth pain is often invested with the power to grant women understanding of their gods, their intimate relationships, and themselves. (Klassen, 2002, p. 78)

Ces femmes réclament de plus leur pouvoir sur leur accouchement en tant que co-créatrices : *“Asserting themselves as natural women who co-create with their God or some other sacred being, they reclaim nature as a sphere in which gods and goddesses, not men, have the ultimate control.”* (Klassen, 2001b, p. 805) De même, la vision holistique est perceptible dans une étude suédoise où des femmes ayant décidé d'accoucher à la maison indiquent que l'accouchement est composé à la fois d'une dimension terrestre et d'une dimension existentielle et spirituelle : cette dernière représentée dans une foi en la vie est exprimée avec des mots tels l'aspect sacré de donner la vie, une expérience paradisiaque et une sagesse développée envers la vie elle-même. (Sjöblom, Nordström, & Edberg, 2006) Dans une recherche australienne, le choix d'accoucher à la maison

n'est pas qu'une simple alternative à l'hôpital, mais plutôt une expérience de renégociation d'un espace de vie. (Burns, 2015) Ainsi, durant la période délimitée de la grossesse et de l'accouchement, les femmes renégocient les significations et les relations avec leur environnement qui n'est pas vu comme un simple bâtiment, mais en tant qu'espace dynamique infusé par les dimensions spirituelles de l'accouchement : *“As such, rather than a deification of biomedicine, birth itself is deified, and home is the sacred space chosen to express it.”* (Burns, 2016, p. 40)

2.5 Données préalables : l'enquête LILAS

La recension de la littérature indique un manque d'études portant spécifiquement sur la question de la spiritualité dans le phénomène de l'accouchement épidurale. Pourtant, les études précédentes menées par le groupe de recherche SPIN (voir section 1.2.1) avaient déjà apporté des éléments importants sur l'épidurale, indiquant déjà une complexité du sujet, la charge émotive associée, mais aussi l'intuition de réfléchir le phénomène de l'épidurale à partir de la spiritualité. Ainsi, lors du projet explorant la spiritualité de la naissance des parents, bien qu'aucun parent ne souhaitait ou ne se préparait pour un accouchement vaginal sous épidurale, toutes les femmes ayant accouché à l'hôpital l'ont reçu. Ce qui me frappa fut la réaction forte bien que différente de deux mères à ce sujet. L'une acceptait pragmatiquement la situation, en ajoutant qu'elle savait désormais qu'elle n'aurait pas besoin de l'épidurale lors du prochain accouchement. L'autre vivait cela comme un deuil, interprétant l'utilisation de l'épidurale comme un abandon de son enfant, regret que le conjoint tentait de rassurer en indiquant que l'enfant et tout le monde se portaient à merveille. De même, l'analyse de l'enquête LILAS fixa à nouveau mon attention sur le sujet : le fait d'accoucher vaginalement sous anesthésie épidurale était un élément associé à un taux de satisfaction face à l'accouchement plus bas, la seule variable statistiquement significative commune entre les deux parents. (Bélanger-Lévesque et collab., 2014) Afin de pallier le manque de recherche liant spiritualité et épidurale, une analyse secondaire des données de l'étude LILAS offre ainsi des données préalables à cette recherche doctorale.

2.5.1 Méthode

L'enquête LILAS, approuvée par le comité éthique de l'institution (09-148), a été menée du 15 mai au 30 juin 2012 auprès de tous les parents accouchant au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CHUS), une maternité de niveau 3. Les parents étaient recrutés dans leur chambre en postpartum, au moins 12h après l'accouchement si celui-ci était par voie basse, après 24h lors de

césarienne. Le questionnaire était rempli par chaque parent séparément et retourné avant la fin de l'hospitalisation. Jumelé à un questionnaire de satisfaction de l'accouchement (*Birth Satisfaction Scale*), un questionnaire sur la spiritualité a été construit, soit dix questions avec échelle Likert portant chacune sur un champ d'une catégorisation de la spiritualité créée lors d'une recherche précédente (Bélanger-Lévesque et collab., 2012) : 1) Je me suis sentie respectée et acceptée tel que je suis; 2) J'ai ressenti une gratitude immense; 3) J'ai pu lâcher prise lors de l'accouchement; 4) J'ai eu conscience de la fragilité de la vie; 5) Quelque chose ou Quelqu'un de plus grand que moi m'a guidée; 6) J'ai pu apprécier la beauté de la vie; 7) J'ai prié en salle de naissance; 8) Je me suis sentie responsable de cet enfant nu; 9) Cette naissance m'a permis de me dépasser, de m'accomplir; et 10) J'ai pu donner un sens à cette expérience de naissance. Pour chaque question, une section « commentaires » a été incluse afin de pouvoir développer les réponses. Tel qu'indiqué plus haut, les résultats comparant l'expérience des pères et des mères ont été publiés séparément sur les éléments de satisfaction et spiritualité. (Bélanger-Lévesque et collab., 2014, 2016)

Pour l'analyse précise de la question de la thèse, une analyse secondaire a été faite dans le but de comparer l'expérience des femmes ayant reçu une anesthésie épidurale et celles n'en ayant pas reçu. De telles analyses secondaires sont suggérées dans la méthodologie de théorisation ancrée adoptée par ce projet, l'objectif étant de diversifier les sources tout en utilisant des données déjà disponibles. (Glaser & Strauss, 1999 [1967], p. 187) Ces données préalables permettent de combler le manque d'études sur le sujet et offrir un point de départ à la démarche qualitative ultérieure. De plus, bien que les analyses des deux types de données se fassent séparément afin de réduire l'aspect problématique du mélange des approches épistémologiques différentes dans les recherches, ces données pourront servir à trianguler les résultats lors de la discussion.

2.5.2 Résultats

En retirant les accouchements par césarienne de l'étude initiale, un échantillon de 180 naissances a été conservé dont 116 sous anesthésie épidurale. Une analyse par test-t a été faite dans le cas des variables continues (par exemple, durée de l'accouchement, âge et score global), alors que les variables catégorielles ont été traitées par analyse de χ^2 . Rappelons que ces analyses permettent d'identifier la corrélation entre les variables sans offrir de lien de causalité.

Les caractéristiques sociodémographiques (voir Tableau 2.1) sont sensiblement les mêmes entre utilisatrices et non-utilisatrices de l'épidurale : elles ont en moyenne 28 ans, elles travaillaient avant la grossesse pour 84% d'entre elles, un peu plus de la moitié (52%) disent avoir une appartenance religieuse, et entre 6 et 8 % sont nées à l'extérieur du Canada. La seule distinction est leur niveau d'éducation : les femmes ayant pris l'épidurale sont moins éduquées ($p=0,002$), alors que la moitié des femmes non-utilisatrices ont un diplôme universitaire.

Tableau 2.1 Enquête LILAS - Données sociodémographiques comparées entre utilisatrices et non-utilisatrices de l'épidurale

Variables	Accouchement sous épidurale (N=116)	Accouchement sans épidurale (N=64)	P
Age en années, moyenne (SD)	27.5 (5.10)	28.9 (4.07)	.076
Niveau d'éducation			.002
Primaire	3 (2.6%)	0 (0%)	
Secondaire	25 (21.75)	5 (7.8%)	
Diplôme professionnel	26 (22.6%)	5 (7.8%)	
Collégial	33 (28.7%)	14 (21.9%)	
Universitaire	28 (24.3%)	33 (51.6%)	
Travail à l'extérieur du domicile	97 (84.3%)	54 (84.4%)	.996
Appartenance religieuse	58 (52.3%)	33 (52.4%)	.987
Naissance hors-Québec	7 (6.1%)	5 (7.8%)	.658

En ce qui est des caractéristiques de l'accouchement (voir Tableau 2.2), les données sont aussi sensiblement les mêmes pour la majorité des variables, dont le taux de prématurité et d'admission en néonatalogie. Toutefois, les utilisatrices de l'épidurale sont plus souvent des primipares ($p=0,040$) et ont des accouchements plus exigeants : i) plus d'accouchements instrumentaux (ventouse, forceps; $p=0,006$), ii) plus d'épisiotomie ($p=0,022$), iii) plus de déchirures vaginales ($p=0,017$) et iv) un accouchement plus long ($p<0,001$) à cause d'un premier stade (dilatation; $p<0,001$) durant en moyenne deux heures de plus et un deuxième stage (descente et naissance du bébé; $p<0,001$) deux fois plus long.

Tableau 2.2 Enquête LILAS - Données médicales comparées entre utilisatrices et non-utilisatrices de l'épidurale

Variables (en %)	Accouchement sous épidurale (N=116)	Accouchement sans épidurale (N=64)	P
Moins de 37 semaines de grossesse	6 (5.1)	2 (3.1)	.538
Primiparité	66 (57.4)	26 (41.3)	.040
Accouchement instrumental	13 (11.4)	0	.006
Épisiotomie	16 (13.8)	2 (3.1)	.022
Déchirure			
Aucune	18 (16.4)	16 (25.8)	.135
Périurétale	44 (40.0)	20 (32.3)	.313
Vaginale	34 (30.9)	9 (14.5)	.017
Périnéale 1er degré	19 (17.3)	14 (22.6)	.396
Périnéale 2ème degré	3.3 (29.7)	15 (24.2)	.435
Périnéale 3ème degré	7 (6.4)	4 (6.5)	.982
Perte sanguine au-delà de 500mL	14 (12.6)	5 (7.8)	.326
Poids < 2500g	2 (4.1)	4 (4.2)	.971
Admission en néonatalogie	12 (10.8)	5 (7.9)	.539
Apgar sous 7 à 1 minute	7 (6.0)	4 (6.5)	.901
Longueur du travail en minute, moyenne (SD)			
Premier stage	334.3 (195.82)	211.8 (134.23)	.000
Deuxième stage	68.1 (68.83)	29.9 (35.79)	.000
Troisième stage	10.7 (32.85)	10.0 (17.55)	.877
Total	416.0 (225.20)	150.4 (147.02)	.000

Sur la question de la satisfaction face à l'accouchement, l'analyse par test-t de chaque élément de la satisfaction (voir Tableau 2.3) permet de mieux comprendre la différence significative de score global entre les utilisatrices de l'épidurale et les non-utilisatrices, respectivement de 116,9 et 123,3 sur 150 ($p < 0,001$). Ce n'est pas sous la sous-section qualité des soins que les différences émergent, mais sur certaines caractéristiques personnelles de la mère (préparation à l'accouchement $p = 0,012$; relation avec l'enfant $p < 0,001$) et le stress vécu durant l'accouchement (blessures obstétricales $p = 0,005$, avoir reçu trop d'intervention $p < 0,001$ et travail long $p < 0,001$). Ces éléments de stress

de l'accouchement se comparent aux différences significatives dans les caractéristiques de l'accouchement (déchirure, accouchement instrumental et durée de l'accouchement).

Tableau 2.3 Satisfaction face à l'accouchement (*Birth Satisfaction scale*): comparaison entre utilisatrices et non-utilisatrices de l'épidurale

Score de satisfaction moyen (SD)	Accouchement sous épidurale (N=116)	Accouchement sans épidurale (N=64)	P
Qualité de la prestation de soin			
Préparation préalable	7.0 (2.51)	6.9 (1.98)	.810
Environnement d'accouchement	8.9 (1.13)	9.1 (1.11)	.379
Support suffisant	9.3 (0.90)	9.5 (0.85)	.398
Relation avec les professionnels de la santé	8.3 (1.63)	8.5 (1.94)	.361
Sous-total (max. 40 points)	33.4 (4.08)	34.1 (1.94)	.350
Caractéristiques maternelles			
Capacité à gérer (<i>cope</i>) pendant le travail	7.4 (1.47)	7.7 (1.86)	.222
Sentiment de contrôle	7.9 (1.43)	7.9 (1.66)	.993
Préparation pour l'accouchement	8.4 (1.36)	8.9 (1.23)	.012
Relation avec le bébé	8.2 (1.54)	9.6 (1.00)	.000
Sous-total (max. 40 points)	32.6 (3.57)	34.2 (3.83)	.008
Stress expérimenté			
Détresse vécue pendant le travail	5.0 (1.6)	4.8 (1.82)	.446
Blessures obstétricales	7.8 (1.70)	8.5 (1.43)	.005
Perception d'avoir reçu suffisamment de soins médicaux	8.8 (1.46)	9.0 (1.60)	.355
Réception d'une intervention obstétricale	6.4 (2.19)	9.3 (1.15)	.000
Douleur expérimentée	5.3 (2.02)	4.9 (1.48)	.178
Travail long	7.0 (2.28)	8.8 (1.48)	.000
Santé du bébé	9.6 (.89)	9.6 (0.80)	.997
Sous-total (max. 70 points)	49.9 (6.43)	54.8 (5.70)	.000
TOTAL	116.9 (11.20)	123.3 (11.50)	.000

Pour ce qui est de l'expérience spirituelle (voir Tableau 2.4), une analyse par test-t ne montre aucune différence significative sur le score global: les femmes ayant accouché sans épidurale et celles avec épidurale ayant un score respectif de 39.0 et 38.9/50 ($p= 0,904$). Une analyse par question avec un test du χ^2 indique toutefois que le thème « fragilité de la vie » a été indiqué par plus de mères sans épidurale (« fortement d'accord » : 33.0% vs. 19.0%; $p = 0,047$).

Tableau 2.4 Expérience spirituelle : comparaison entre utilisatrices et non-utilisatrices de l'épidurale

Questions	Utilisatrices de l'épidurale - tout à fait d'accord (%)	Non-utilisatrices de l'épidurale - tout à fait d'accord (%)	<i>P</i>
Je me suis sentie respectée et acceptée tel que je suis.	69,8	76,2	.365
J'ai ressenti une gratitude immense.	42,5	46,8	.584
J'ai pu lâcher prise lors de l'accouchement.	22,3	24,2	.779
J'ai eu conscience de la fragilité de la vie.	19,0	33,0	.047
Quelque chose ou Quelqu'un de plus grand que moi m'a guidée.	8,9	14,3	.274
J'ai pu apprécier la beauté de la vie.	57,6	55,6	.678
J'ai prié en salle de naissance.	10,5	9,5	.833
Je me suis sentie responsable de cet enfant nu.	67,8	64,5	.656
Cette naissance m'a permis de me dépasser, de m'accomplir.	41,2	45,2	.614
J'ai pu donner un sens à cette expérience de naissance.	35,7	41,9	.411

2.5.3 Discussion

Ces données préalables indiquent de hauts scores sur des éléments spirituels tels que les sentiments d'avoir été respectée, de responsabilité envers l'enfant, d'appréciation de la beauté, de gratitude et de dépassement. Les plus bas scores sont associés à des éléments spirituels plus axés sur la transcendance soit la prière et le sentiment d'être guidée par plus grand, ce qui est cohérent avec ce que l'on observe comme pratique religieuse dans cette population.

Lorsque les scores sont comparés entre femmes ayant accouché avec ou sans épidurale, la majorité des résultats sont similaires à quelques exceptions notables. D'abord, et ce de manière statistiquement significative, à comparaison des femmes ayant pris l'épidurale, celles ayant accouché sans cette anesthésie nomment plus avoir plus eu conscience de la fragilité de la vie ($p=0,047$). Ceci n'est pas été documenté ailleurs dans la littérature et mérite investigation. Sans être statistiquement significatifs, une différence de plus de 5% chez les femmes n'ayant pas reçu l'épidurale est aussi observée pour ces thématiques : le fait de se sentir guidée par plus grand, de se sentir respectée et acceptée et de pouvoir donner un sens à l'expérience d'accouchement. Bien que les deux premiers éléments ne puissent être comparés à d'autres études, l'élément de dépassement est relevé dans la littérature citée plus haut chez les femmes accouchant à domicile, ce qui amène à une réflexion sur la nature d'un désir d'une telle expérience identifiables dès le prénatal.

Une telle démarche d'analyse secondaire demeure limitée et mériterait un plus grand échantillon afin de pouvoir l'approfondir en relevant des variables associées, voire confondantes (par exemple, les complications lors de l'accouchement, l'admission de l'enfant en néonatalogie, etc.) qui pourraient indiquer des sous-populations. Néanmoins, les différences observées entre les scores de femmes ayant pris l'épidurale et de celles ayant accouché sans elle sont autant de pistes originales d'investigation alimentant ce projet doctoral, alors qu'aucune autre recherche liant la question de l'épidurale et de la spiritualité n'ayant pu être documentée.

2.6 Synthèse et question de recherche initiale: ce que femme veut?

En synthèse, la recension des écrits n'a pu trouver d'étude empirique portant spécifiquement sur la question de l'épidurale et de la spiritualité mais de nouvelles bases pour construire le projet doctoral ont été établies, soit par : i) une recension sur le processus décisionnel face à l'épidurale; ii) une deuxième sur la considération de la spiritualité en contexte de naissance; puis iii) une analyse secondaire de données préalables comparant l'expérience des femmes accouchant avec ou sans épidurale dans la région étudiée. Ces démarches, discutées en détail dans ce chapitre, permettent très largement de se poser la question, autant pour le processus décisionnel que pour la considération de la spiritualité de l'accouchement : l'accouchement tel qu'il est vécu est-il vraiment, comme le dit le proverbe, « ce que femme veut »?

En effet, face aux multiples niveaux d'analyse en jeu, nous sommes en droit de nous demander qui fait réellement le choix de l'épidurale. ("Epidural analgesia for labor pain: whose choice?" Schytt & Waldenström, 2010) La notion de processus décisionnel sous-entend un choix, ici le choix de la femme : elle, et elle seule, peut signer l'autorisation permettant l'anesthésie épidurale. La question est à savoir si les femmes qui accouchent sont d'abord en position pour faire de réels choix, mais aussi si elles sont soutenues dans leurs choix. Découvrant que des situations sociales défavorisées et des facteurs organisationnels sont associés à la prise d'épidurale, on remet en question le choix réel de la femme. (Le Ray et collab., 2008) De plus, le contexte de douleur lors de l'accouchement peut altérer le jugement des femmes qui ne font que la demander sans être nécessairement en position pour consentir à l'anesthésie ("Just put it in!" ; Paech, 2006) Une étude britannique auprès de 38 femmes en travail indique que bien que les femmes disent avoir reçu suffisamment d'information pour prendre une décision face à l'épidurale, s'en disaient satisfaites et pleinement consentantes, elles ne pouvaient répondre adéquatement à un test évaluant leurs connaissances sur le sujet. (Jackson, Sensky, Reide, Yentis, & Jackson, 2011) Les femmes reconnaissent que leur capacité à prendre et à communiquer leurs décisions peut être affectée : les plans de naissance et autres directives prénatales pourraient ainsi être vus comme une forme de contrat qui doit être soutenu et respecté lors de l'accouchement tout en pouvant être modifié lorsque communiqués clairement par la femme. (Burcher, 2013)

Les organisations mondiales adoptent la vision que l'on doit accompagner la femme dans sa prise de décision, mais aussi respecter ce qu'elle veut : malgré les efforts et les recherches montrant les implications positives pour la mère et l'enfant de l'implication des patientes en contexte obstétricale, les patientes ont toujours un accès limité à la prise de décision. (Amnesty International 2010; cité par Goldberg & Shorten, 2014b) La revue de littérature Cochrane sur l'épidurale indique « l'importance d'adapter les méthodes utilisées aux souhaits, aux besoins et aux circonstances de chaque femme ». (Anim-Somuah et collab., 2011) La même recommandation est émise par l'Organisation mondiale de la santé : « *Epidural analgesia is recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences* ». (Organisation mondiale de la santé, 2018; mon emphase) En ce sens, une typologie des femmes comme celle de Klomp et collab. (2016) aideraient à comprendre les femmes dans leur approche du travail (« naturelle pragmatique », « délibérément non-informée » ou « soulagement de douleur

planifié ») afin d'ajuster les soins à la femme qui se trouve devant soi en adaptant la préparation, le soutien, et la prise de décision.

Au Québec, le rapport Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) sur la réduction du nombre d'interventions obstétricales indique un similaire souci éthique de mettre de l'avant « le rôle central des femmes dans la prise de décision concernant les interventions qui leur sont proposées » (Rossignol et collab., 2012, p. 116). On y critique ainsi le mandat même du rapport commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux : « les femmes sont-elles intéressées par une politique de réduction des interventions obstétricales lorsqu'il est question, par exemple, du soulagement de la douleur pendant leur propre travail et accouchement? » (Rossignol et collab., 2012, p. 2) On y rappelle que « [l]es choix obstétricaux, pratiquement inexistant il y a 50 ans, sont devenus aujourd'hui adaptables aux femmes et à leurs situations propres » et réitérant « que les mesures énoncées dans ce rapport n'ont pas pour but de baliser l'expérience de la naissance, mais bien au contraire, de rehausser l'autonomie des femmes dans une démarche de décision partagée avec leurs cliniciens. » (Rossignol et collab., 2012, p. 110) Une lecture critique est faite d'un certain positionnement sur la douleur déjà inscrit dans le paradigme dominant de soulagement de la douleur, précisant le rôle « des professionnels de la santé qui ont presque balisé l'expérience d'enfanter 'sans douleur' » (Rossignol et collab., 2012, p. 36) et la couverture par l'assurance-maladie publique de l'épidurale et non d'autres moyens non pharmacologiques efficaces à réduire la douleur, tel « l'accompagnement prénatal et périnatal [qui] requiert des déboursés de la part des femmes. » (Rossignol et collab., 2012, p. 38) Le rapport conclut que :

Les données scientifiques nous invitent à un changement de paradigme. En effet, il ne s'agit pas ici d'identifier les situations où l'intervention est « évitable », mais plutôt de considérer l'analgésie péridurale comme un complément à un ensemble incluant l'accompagnement, les approches non pharmacologiques de contrôle de la douleur et des environnements favorables. (Rossignol et collab., 2012, p. 38; mon emphase)

Ainsi, si la question n'est pas autant « Veulent-elles l'épidurale ou non? » que « Qu'est-ce qui guide leur décision face à l'accouchement et à la gestion de la douleur? » dans un désir de respecter l'agentivité de la femme qui accouche, la considération de la spiritualité dans l'accouchement apparaît en ce sens cohérent et pertinent. En effet, comme le montre la recension sur la spiritualité dans l'accouchement, celle-ci joue un rôle dans plusieurs contextes d'accouchement en tant que méthode de *coping*, dans la relation de soins, mais peut aussi être un élément au cœur de

l'accouchement qui oriente les choix qui y sont faits. La spiritualité ne devrait ainsi pas être négligée dans ce qui peut guider le processus décisionnel face à l'épidurale.

En mettant au centre une réflexion sur la spiritualité face au processus décisionnel de l'épidurale, l'idée n'est toutefois pas de polariser une vision qui valoriserait la dimension spirituelle des accouchements « naturels » pour critiquer sa non-considération dans ceux sous épidurale. En effet, l'importance mise sur la critique de la médicalisation en recherche a eu comme impact que l'on délaisse le sujet de la spiritualité comme tel. (Crowther & Hall, 2015; Jesse, Schoneboom, & Blanchard, 2007). Les femmes peuvent se trouver dans un débat opposant, par exemple, le choix de la maison versus l'hôpital comme lieu d'accouchement, avec tout ce que cela entraîne comme discussion sur les notions de médicalisation, de sécurité, de risque, d'agentivité ainsi que de la santé et du bien-être de la mère et l'enfant. (Burns, 2015) Ce qui préoccupe est que l'environnement de l'accouchement soit caractérisé par le conflit, qui coince les femmes dans une lutte de pouvoir entre deux visions polarisées sur l'accouchement et qui néglige, par exemple, celles qui choisissent pleinement l'accouchement médicalisé. (Possamai-Inesedy, 2009).

Deux éléments centraux émergeant de la recension ont donc été retenus pour le projet :

- 1) Devant la complexité de la question de l'épidurale révélée par les différents niveaux d'analyse, notamment les tensions entourant la présence concurrente de différents paradigmes de la douleur et de modèles médicaux, *mettre de l'avant la question de l'épidurale telle qu'elle se présente pour la personne qui le vit, soit la femme qui accouche.*
- 2) En cohérence avec le premier élément et devant la présence et l'importance de la spiritualité dans plusieurs contextes d'accouchement, *mener une recherche originale qui questionne l'épidurale à partir d'un cadre conceptuel de la spiritualité.*

Ces constats ont ainsi orienté l'élaboration de la question de recherche initiale de cette thèse qui s'articule ainsi : *Quel est l'apport de la spiritualité dans le processus décisionnel des femmes entourant l'anesthésie épidurale lors d'un accouchement vaginal?* De plus, ils justifient le choix de la posture épistémologique et de la méthodologie pour le projet, dont témoigne la notion de *processus*, explicitée dans le prochain chapitre : la méthodologie par théorisation ancrée constructiviste.

CHAPITRE 3 – MÉTHODOLOGIE ET MÉTHODE DE LA THÉORISATION ANCRÉE CONSTRUCTIVISTE (LE « TRAVAIL LATENT ET ACTIF »)

La méthodologie de la théorisation ancrée (MTA) constructiviste constitue autant une *méthodologie* en tant que posture face au processus de recherche qu'une *méthode* concrète pour la mener, en ce qu'elle est « premièrement une posture épistémologique et deuxièmement une tradition méthodologique rigoureuse » (Luckerhoff & Guillemette, 2012a, p. 57). Elle se caractérise par sa préférence de : 1) l'analyse par comparaison continue (abstraction et théorisation) à la description; 2) les nouvelles catégories (processus inductif et abductif) aux idées préconçues et aux théories existantes; et 3) la collecte de données focalisées et systématiques (échantillonnage théorique) aux grands échantillons initiaux. (Charmaz, 2014)

Sans faire une description exhaustive de la MTA constructiviste, ce chapitre présente ses caractéristiques centrales telles qu'intégrées à ce projet. La première section retrace le projet épistémologique derrière cette *méthodologie* chez les fondateurs de la MTA puis dans la branche constructiviste, permettant d'en justifier le choix pour ce projet doctoral. Les deux sections suivantes décrivent la *méthode* de la MTA tel qu'elle a été appliquée à cette recherche³, soit : i) la collecte de données caractérisée par la flexibilité méthodologique de la MTA qui encourage la diversité des sources; et ii) les étapes et les stratégies d'analyse des données propres à la MTA afin d'assurer la progression de la théorisation. Dans l'imagerie de la thèse, elles sont respectivement le travail latent et actif préparant la naissance. Bien que le sujet soit abordé plus loin, il convient d'indiquer dès maintenant que malgré la distinction ici faite entre la collecte et l'analyse des données, ces étapes ne le sont pas dans le processus de recherche en MTA qui dicte plutôt une approche itérative.

³ Ceci consitue une version bonifiée du protocole de recherche approuvé par le comité d'éthique du CIUSSS-CHUS (2017-1392; voir Annexe 1).

3.1 La méthodologie en tant que choix épistémologique

Tel que le conclut le chapitre précédent, la recension des écrits a amené au constat des nombreuses *limites des approches adoptées dans les études précédentes*, autant sur le sujet de l'épidurale que son lien avec la spiritualité. Ainsi, si plusieurs recherches se penchent sur les facteurs d'utilisation de l'épidurale comme méthode de gestion de douleur, on connaît mal les véritables motivations des mères à choisir (ou non) l'épidurale, ni leur processus décisionnel. De même, certains éléments de la revue de littérature indiquent que la gestion de la douleur n'est peut-être pas l'unique lecture que font les mères de l'épidurale. Il a été conséquemment décidé pour la recherche actuelle de mettre de l'avant la perspective de la personne même qui vit l'expérience, soit la femme qui accouche. Ceci est ainsi la justification principale d'orienter le choix de la méthodologie vers une démarche qualitative qui favorise ce type de partage, mais aussi le choix plus spécifique de la méthodologie de théorisation ancrée constructiviste.

3.1.1 Le projet épistémologique des fondateurs de la MTA

We contend [...] that it does not take a 'genius' to generate a useful grounded theory.
(Glaser & Strauss, 1999 [1967], p. 11)

L'expression « méthodologie de théorisation ancrée » réfère à la *grounded theory*⁴, une approche développée par les sociologues américains Anselm Strauss (1916-1996) et Barney Glaser (1930-) dans leur ouvrage *The Discovery of Grounded Theory* publié en 1967. La MTA est d'abord décrite comme un processus systématique menant à la génération – ce qu'ils nomment la « découverte » – d'une théorie à partir de données, afin d'expliquer comment certains aspects du monde social fonctionnent. Cette démarche épistémologique s'inscrit dans un débat social plus large de cette époque sur la manière dominante de faire la sociologie, axée sur la quantification et la validation d'hypothèses. Bien qu'ils en reconnaissent l'importance, elle empêche le chercheur à développer ses propres théories (Glaser & Strauss, 1999 [1967]) et entraîne aussi des conséquences sociales fâcheuses, alors que les problèmes réels demeurent souvent ignorés (Charmaz, 2014). Ils créent ainsi une méthodologie systématique, rigoureuse et crédible, qui va à l'inverse du processus

⁴ De la *grounded theory*, « [i]l existe une quinzaine de traductions françaises différentes. Une de celles-ci est 'théorisation enracinée'. La plus répandue est 'théorie ancrée'. » ((Luckerhoff & Guillemette, 2012b, p. 7)) Mon choix s'explique ainsi : 1) « méthodologie », car « la Grounded Theory n'est pas d'abord une théorie, mais une approche méthodologique générale de recherche qui permet la construction d'une théorie » (Luckerhoff et Guillemette, 2012, 7); 2) « théorisation » réfère au processus et non pas un produit fini; puis 3) « ancrée », car il est la traduction la plus courante de *grounded*. Les traductions utilisées par d'autres auteurs sont toutefois conservées lors de citations.

scientifique traditionnel, en mettant comme point de départ les données : « Il s'agit d'enfermer le moins possible le chercheur dans un champ, dans une discipline ou dans un cadre théorique, et de lui laisser la possibilité de moduler sa démarche méthodologique en fonction de la progression dans la compréhension du phénomène et dans l'analyse de données. » (Luckerhoff & Guillemette, 2012b, p. 118) La validité d'une théorie s'appuie ainsi sur deux critères: "*Theory [...] must fit the situation being researched, and work when put in use.*" (Glaser & Strauss, 1999 [1967], p. 3) Par *fit*, les auteurs indiquent que la théorie doit chercher à correspondre au lieu de recherche où elle est développée et que les catégories peuvent s'appliquer facilement (sans y être forcées) aux données récoltées : la théorie doit être fidèle à la réalité quotidienne étudiée. Par *work*, les auteurs précisent que les catégories doivent être significantes aux comportements étudiés et doivent être capables de les expliquer tout en demeurant compréhensibles et applicables pour tous.

Tout comme l'indique le nom *grounded theory*, la MTA comprend deux éléments : i) une finalité, c'est-à-dire la génération d'une théorie en tant que stratégie pour gérer des données et offrir une conceptualisation descriptive et explicative ; puis ii) une méthode pour y arriver, c'est-à-dire de manière systématique et « enracinée », c'est-à-dire inductive, à partir des données et non d'hypothèses préalables. Le terme « théorisation » utilisé en français permet de préciser que la « découverte » de théorie est un *processus* qui n'est jamais terminé, mais rendant toujours plus explicites et compréhensibles les grands thèmes entourant le phénomène étudié; ainsi la notion de théorie comme processus (*theory as process*) transmet mieux la réalité des interactions sociales dans leur contexte. (Glaser & Strauss, 1999 [1967], p. 32)

3.1.2 La posture constructiviste

The endpoint of your journey emerges from where you start, where you go, and with whom you interact, what you see and hear, and how you learn and think. In short, the finished work is a construction - yours. (Charmaz, 2014, p. xiv)

Kathy Charmaz (1939-), fondatrice de la branche constructiviste, décrit la MTA comme une *constellation* où les différentes branches partagent beaucoup en commun dans la méthode, mais se distinguent dans leur *posture*, c'est-à-dire dans leur fondement ontologique et épistémologique. (Charmaz, 2014) Elle décrit ainsi la MTA comme un spectre, où la recherche peut se situer dans une posture entre objectivisme et constructivisme.

Pour bien connaître les fondateurs de la MTA –Glaser fut son professeur de méthodologie et Strauss, son directeur de thèse– Charmaz affirme qu’il était visible dès le début que chacun approchait la méthodologie différemment, car ils étaient influencés par leurs origines académiques respectives. Glaser provient du positivisme de la Columbia University, et contribue à la MTA par sa rigueur méthodologique, son emphase sur les découvertes émergentes et un langage proche des méthodes quantitatives. (Charmaz, 2014, p. 9) Strauss provient plutôt de l’école de Chicago, de son pragmatisme et ses recherches terrain, et est fortement influencé par l’interactionnisme symbolique en ce qu’il amène les notions d’agentivité, de processus émergents, des significations sociales et subjectives et des pratiques de résolution de problème. (Charmaz, 2014, p. 9) Ceci expliquerait pourquoi, suite à leur rédaction commune de *The Discovery on Grounded Theory*, Glaser et Strauss poursuivirent des chemins séparés, créant deux courants distincts: i) le courant glaserien par la publication de *Theoretical Sensitivity* (1978) suivi de cinq autres livres; et ii) le courant Strauss et Corbin par la publication par Strauss de *Qualitative Analysis for Social Scientists* (1987) puis avec Juliet Corbin de *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques* (1990).

Si Glaser et Strauss se sont battus dans les années 1960 contre la recherche quantitative positiviste dominante, c’est ironiquement leur propre posture qui sera attaquée trente ans plus tard en ce qu’ils reprennent en partie la même orthodoxie qu’ils critiquaient, qu’ils en soient conscients ou pas. (Bryant & Charmaz, 2007). À partir des années 1990, une critique s’élève sur l’épistémologie objectiviste et moderniste dépassée de la MTA : la posture des fondateurs que les données permettraient d’atteindre la *vérité* d’une théorie est critiquée comme une position positiviste dite naïve. De plus, les critiques indiquent qu’ils s’appuient toujours sur une notion d’autorité de la voix de la personne menant la recherche, qu’ils ne permettent pas les nuances. Toutefois, contrairement à d’autres, Charmaz ne cherche pas à éliminer la MTA, mais plutôt à poursuivre le projet épistémologique débuté par les fondateurs, mais qui serait selon elle demeuré inachevé : elle croit ainsi qu’on peut utiliser les stratégies de la MTA sans avoir à endosser les prémisses d’une réalité externe objective, ou encore d’une observation passive et neutre. (Charmaz, 2014)

Ainsi, Charmaz se distancie des deux fondateurs en développant à partir de 1990 un autre courant dit « constructiviste », consolidé à la publication de son livre *Constructing Grounded Theory* en 2006. Par ce choix de titre mettant l’accent sur la « construction » plutôt que sur la « découverte »

comme l'avaient fait Strauss et Glaser (*The Discovery of Grounded Theory*), elle met de l'avant sa propre posture. Loin de l'objectivisme soutenant l'existence d'une seule réalité à découvrir, la MTA constructiviste professe l'existence de multiples réalités socialement construites : ainsi plutôt que découvrir l'ordre dans lequel les données s'organisent, on crée une explication, une organisation et une présentation des données. (Charmaz, 2014) Tout en reprenant les éléments centraux de la *grounded theory* des fondateurs, elle se distingue d'un point de vue épistémologique avec, par exemple, la priorisation des données sur un processus déductif, indiquant que l'on construit des codes et catégories à partir des données plutôt que d'hypothèses préalablement déduites. L'objectif n'est donc pas de produire des généralisations universelles, mais plutôt partielles et situées dans le temps et l'espace qui peuvent ainsi varier.

À l'opposé de l'objectivisme qui assume un dualisme entre sujet et objet, la posture constructiviste implique une manière d'aborder la collecte de données, alors que la personne menant la recherche et le sujet participant ne sont pas vus comme indépendants, mais inséparables et que la théorisation émerge précisément de cette interaction : l'approche de Charmaz présume que toute théorisation offre un portrait interprétatif du monde étudié, et non une image exacte de celui-ci. Il n'y a pas de chercheur et de chercheuse neutre, ni de théorie neutre dans la MTA constructiviste, en ce que les données et les analyses sont des constructions sociales qui reflètent les conditions de leur production. En resituant cette relation interactive dans le processus de recherche, la MTA constructiviste affirme que c'est l'engagement du chercheur, de la chercheuse envers la méthode qui permet aux forces de la méthode de se déployer. En effet, si on considère que ses préconceptions influencent sa manière de construire le sens de ce qui est observé, on y argumente que c'est son engagement même qui lui permet aussi de vérifier ses préconceptions sur le sujet, et de s'assurer de sa fidélité aux données. (Charmaz, 2014)

La *réflexivité* est ainsi à développer en recherche, alors qu'elle ou il prend conscience de ses préconceptions, de ses propres interprétations et leurs implications sur la recherche, notamment lors du codage. Ainsi en partant de la prémisse que la réalité sociale est multiple, faite de processus et construire, alors on doit prendre en considération la position de la personne menant la recherche, ses privilèges, ses perspectives et ses interactions. (Charmaz, 2014) Cette posture a des implications concrètes dans la recherche: i) la création de *réciprocité* entre des personnes menant et participant à la recherche dans la co-construction du sens et ultimement dans la théorie qui sera

ancrée dans leurs expériences à tous les deux; ii) une intention de rétablir les relations de *pouvoir* traditionnellement inégales avec les participants; et iii) la *clarification de la position que l'auteur.e* a dans le texte, de la manière dont elle ou il « transforme » l'histoire des participant.es en théorie via l'écriture. (Mills, Bonner, & Francis, 2006)

De même, par cette réflexivité, on peut ainsi être plus attentif aux conditions entourant la personne étudiée, ses actions et le sens qu'elle leur attribue, aux discours et structures plus larges qui peuvent l'amener à reproduire, de manière inconsciente/routinière, des idéologies, des conventions sociales et des relations de pouvoir. Une posture constructiviste signifie ainsi d'être alerte aux conditions dans lesquelles des différences émergent entre les personnes et se maintiennent. (Charmaz, 2014)

3.1.3 Justification pour la problématique

On choisit la MTA soit « par des prédispositions personnelles à titre de chercheur, par des convictions épistémologiques ou simplement parce qu'une problématique de recherche particulière requiert, à notre avis, le recours à une telle démarche. » (Luckerhoff & Guillemette, 2012b, p. 121) Pour ces mêmes raisons, le choix de la MTA constructiviste pour ce projet doctoral n'a rien d'accidentel.

Position de la chercheuse

D'une part, la posture constructiviste rejoint mes convictions épistémologiques : je ne crois pas en une vérité qui serait à chercher, mais je m'intéresse à voir les interprétations diverses, ces diverses réalités auprès d'une diversité de personnes. Mon parcours personnel, notamment en études féministes, m'a permis de constater les dommages causés quand les chercheurs croient parler avec objectivité, effaçant l'autre, le taisant. Une analyse féministe du programme spiritualité et naissance a été publiée ailleurs (Bélanger-Lévesque, 2018) et quelques moyens pour rétablir cette dynamique de pouvoir sont explicités dans les considérations éthiques (section 3.2.1). D'autre part, mon implication dans les projets de recherche précédents sur la spiritualité de la naissance (voir section 1.2.) a eu un impact sur la manière d'aborder le sujet, notamment par l'intuition portée que la question de la spiritualité y joue un rôle significatif et éclairant.

La MTA constructiviste s'avère aussi particulièrement avisée en *contexte de recherche interdisciplinaire*, comme celui-ci : le comité de thèse est composé de trois professeur.e.s de disciplines différentes, soit en théologie, en gynéco-obstétrique et en sciences infirmières. La

diversité des perspectives disciplinaires a assurément influencé le développement du projet, l'analyse des données et les résultats. C'est qu'elle sollicite et encourage une réflexion épistémologique qui invite les chercheurs à se référer à des perspectives et paradigmes différents : ce scepticisme méthodique permet la remise en question et ouvrant à la découverte. (Luckerhoff & Guillemette, 2012b) Cet élément indique aussi sa pertinence pour la problématique même de cette recherche.

Pertinence pour la problématique

D'autre part, et surtout, ce choix s'appuie sur sa pertinence pour la problématique. D'abord, la MTA constructiviste s'applique bien aux *projets dans le domaine de la santé*. (Foley & Timonen, 2015) Même si elle a été d'abord pensée par et pour la sociologie, cette méthodologie rencontre une popularité et change l'ensemble du monde de la recherche qualitative au-delà de cette discipline en offrant un cadre analytique accessible. (Charmaz, 2014) Elle gagne rapidement dans le champ de la santé, où elle devient notamment populaire en sciences infirmières. Ceci s'explique peut-être parce que le terrain initial des fondateurs se situait lui-même dans le champ du soin : « Dans *Awareness of Dying*, Glaser et Strauss (1965) ont voulu mieux comprendre comment les gens mouraient, alors que cette étape de vie importante se déroulait maintenant surtout dans les hôpitaux. » (Luckerhoff & Guillemette, 2012b, p. 1) Se pencher sur le « naître » dans ce projet renvoie aux fondateurs de la MTA qui ont réfléchi le terrain du « mourir ». Leurs questions, lorsqu'adaptées à l'accouchement, rejoignent celles en arrière-plan de cette thèse : dans quelles conditions naissons-nous? Comment accompagner la personne dans une étape aussi vulnérable, mais au centre même de ce que constitue vivre?

De plus, la MTA constructiviste est particulièrement avisée pour des recherches qui veulent *remettre la personne soignée et accompagnée au centre*. (Glenn & Urquhart, 2019; Howarth, Warne, & Haigh, 2014; Jakimowicz, Perry, & Lewis, 2018). D'une part, comme ils visent à rendre visible les dynamiques de pouvoir et les zones d'ambiguïtés, les aspects relationnels de la co-construction du savoir de la MTA constructiviste m'apparaissaient nécessaires dans le contexte de cette recherche. La structuration par niveaux d'analyse dans la recension, par exemple celles associant l'utilisation de l'épidurale à la vision que les mères ont du corps médical, justifie très bien la MTA constructiviste en ce qu'elle aide à mettre en lumière comment les relations de pouvoir peuvent influencer les significations et les actions de personnes. D'autre part, le constat

fait que mon expérience personnelle ne peut pas m'aider à comprendre pourquoi on choisit de prendre l'épidurale -quatre accouchements sans épidurale, aucune épidurale dans la famille immédiate - me rappelle que je demeure ainsi, d'une certaine manière, étrangère à mon propre projet : ceci ne m'en rend que plus motivée à mieux comprendre ma société en donnant parole à l'ensemble des femmes, dans leur diversité.

Cette posture semble particulièrement appropriée pour une démarche sur le spirituel en contexte actuel, alors que la population générale éprouve une profonde hésitation à s'investir sur le sujet, anxieuse qu'on lui force une vérité, propre d'un positivisme religieux qui a pu être dominant (et continue à l'être ailleurs). De plus, elle cherche à situer le chercheur ou la chercheuse d'abord, non pas avec une question de recherche précise, mais devant un *champ* à investir (ici le phénomène de l'accouchement vaginal sous épidurale), ce qui est compatible avec un spirituel rendu « invisible » dans les institutions sociales. Le spirituel glisse devant les mots qu'on utilise pour le décrire et reste difficilement nommable ou attrapable. Le théologien Marc Dumas parle ainsi de *traquer le théologal* dans le monde d'aujourd'hui (2010), ce que permet la méthodologie. Si la plupart des recherches qualitatives répondent au quoi et comment d'une action, la MTA offre à la fois une façon d'analyser une action située *et* d'aller au-delà de celle-ci pour répondre à un pourquoi profond et transcendant, et touchant à des éléments existentiels. (Charmaz, 2014, p. 228) Ainsi, d'autres recherches se penchant sur la spiritualité ont choisi la MTA. (Holmberg, Jensen, & Ulland, 2017; Kandasamy et collab., 2017; Raffay, Wood, & Todd, 2016)

La nature de la MTA constructiviste est d'analyser un phénomène en la situant d'abord comme préoccupation de la personne vivant l'expérience. Leur processus décisionnel est ici ciblé, offrant un espace pour questionner les femmes sur ce qui les amène à *choisir* ou non une épidurale, sur les raisons les amenant à avoir ou non un tel accouchement, sur ce qui les *préoccupe* dans ces questions sur l'accouchement. Malgré l'accumulation des recherches sur le sujet de l'épidurale, nous limitons notre compréhension à une accumulation de facteurs, en négligeant la dimension décisionnelle de la mère. La posture épistémologique constructiviste invite à dégager de tels enjeux sociopolitiques ce qui préoccupe ultimement les mères.

3.2 La méthode de collecte de données

I treat grounded theory methods as constituting a craft that researchers practice.
(Charmaz, 2014, p. 18)

La MTA constructiviste en tant que méthode tient, selon Charmaz, de l'artisanat : un ensemble de lignes directrices flexibles, mais systématiques (voir Tableau 3.1) qui permettent de construire une théorie à partir des données, en gardant le chercheur constamment en interaction avec elles et avec l'analyse émergente.

Tableau 3.1 Lignes directrices de la MTA constructiviste

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de recherche en théorisation ancrée est fluide, interactif et ouvert. • Un premier sujet de recherche général permet d'établir les choix méthodologiques initiaux pour la recherche. • Les chercheurs et chercheuses font partie de ce qu'ils étudient, et n'en sont pas séparés. • C'est l'analyse en théorisation ancrée qui guide le contenu conceptuel et la direction d'une recherche. • L'analyse émergente peut mener à adopter plusieurs méthodes de collectes de données et plusieurs sites de collecte. • Plusieurs niveaux successifs d'abstraction faits à partir d'analyse comparative constituent le cœur de l'analyse en théorisation ancrée. • Les orientations analytiques surgissent dans la manière dont les chercheurs et chercheuses interagissent et interprètent leurs comparaisons et leurs analyses émergentes et non pas d'injonctions extérieures ou du sens inhérent aux données. |
|--|

(Charmaz, 2014 [traduction libre], p. 320)

La question de recherche initiale guide le premier recrutement, soit pour ce projet : *Quel est l'apport de la spiritualité dans le processus décisionnel des femmes entourant l'anesthésie épidurale lors d'un accouchement vaginal?* Cette question de recherche initiale est dite « générale » en théorisation ancrée en ce qu'elle peut par la suite être altérée par ce qui émergera de l'analyse de données. (Charmaz, 2014) La collecte de données se tourne vers l'ensemble des femmes ayant fait face à la décision de prendre ou non l'anesthésie épidurale lors de leur accouchement, et ce peu importe leur parcours personnel, leur contexte de soins et leur décision finale. Toutefois, pour des raisons pratiques, une limite géographique a été établie aux Estriennes lors des démarches terrain.

La flexibilité méthodologique caractérise la MTA et est bien décrite lors de la collecte de données par l'expression de Glaser (1978) : *all is data*. Cette idée indique une ouverture à tout ce qui pourrait se présenter comme une donnée (*data*) pertinente, même si à première vue « triviale », en autant qu'elle soit « vécue » et qu'elle stimule la génération des catégories, de nouvelles

hypothèses. En tant que processus de recherche, la MTA ne se définit pas par le type de données recueillies, mais par l'obtention de données riches (*rich data*), qui soient utiles et pertinentes dans la génération d'une théorie : ces données sont détaillées et révèlent les points de vue des participant.e.s, leurs sentiments, leurs intentions et leurs actions, ainsi que les contextes dans lesquelles elle évoluent. (Charmaz, 2014)

Sur le terrain, une attention est donnée à toute source d'information pertinente : obtenir et lire du matériel documentaire, réaliser des entrevues, noter ses observations, etc. (Glaser & Strauss, 1999 [1967]) Cela peut se traduire par l'utilisation de données qualitatives et quantitatives, en autant de « choisi[r] nos données empiriques, qu'elles soient qualitatives ou quantitative, en fonction de leur richesse pour la théorisation. » (Luckerhoff & Guillemette, 2012b, p. 120) La personne menant la recherche est encouragée à faire des comparaisons avec ses propres expériences, mais aussi avec toute autre lecture (biographie, romans, journaux intimes), images, ou encore idées spontanées. (Glaser & Strauss, 1999 [1967]) En MTA constructiviste, le recours à d'autres théories à toutes étapes du projet est aussi essentiel, tant qu'elles ne masquent pas les données terrain. (Charmaz, 2014)

Les fondateurs appellent tranches de données (*slices of data*) cette diversité dans la provenance des données, qui est vue comme bénéfique à l'ancrage de la théorie en ce qu'elle contribue à la validité interne. (Glaser & Strauss, 1999 [1967]) En plus des données préalables discutées au chapitre précédent, cette recherche comporte plusieurs de ces tranches de données, chacune traitée séparément dans cette section : 1) les entretiens semi-dirigés auprès de mères; 2) les notes prises lors de l'observation non-participante en maternité; 3) les journaux de bord de la chercheuse; et 4) certains ouvrages grand public (blogs, journaux, ouvrages grand public).

3.2.1 Entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés sont la méthode de collecte de donnée privilégiée en MTA. Charmaz (2014) utilise l'expression d'entretien intensif (*intensive interviewing*) pour décrire cette manière de générer des données, et qui est encadrée de manière de manière souple afin d'explorer la perspective de la personne rencontrée sur son expérience personnelle avec le sujet de recherche.) Les caractéristiques principales de ce type de méthode d'entretien retenues dans ce projet sont :

- La sélection de participantes qui ont vécu directement l'expérience;

- L'exploration en profondeur de leurs expériences et leurs préoccupations;
- Le recours à des questions ouvertes afin de recevoir des réponses détaillées;
- La poursuite de champs d'enquête inattendus, mais indiqués par la participante;
- Une attention mise sur les domaines qui peuvent être d'intérêt théorique; et
- Le traitement d'affirmations récurrentes comme théoriquement plausibles.

Le témoignage est le cœur de l'entrevue et le rôle de la chercheuse est doit être minimal : son rôle est d'encourager, d'écouter et d'apprendre, tout en gardant en tête que l'entretien se situe dans une culture, une époque et un contexte social précis pour adapter l'approche faite lors de l'entrevue. Avec la progression de l'analyse, elle peut prendre plus de place afin de tester des catégories tentatives. (Charmaz, 2014)

Population visée

La population visée est les *femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale dans la région de l'Estrie depuis janvier 2014*. Le protocole permet un recrutement large afin de pouvoir au besoin ouvrir à d'autres tel qu'indiqué par l'échantillonnage théorique (voir Tableau 3.2).

Tableau 3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion lors du recrutement

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Être parent d'un enfant qui naîtra bientôt en Estrie (CHUS, au centre de maternité de l'Estrie ou à domicile) et dont l'accouchement est prévu par voie vaginale; <p><i>ou</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Être parent d'un enfant né en Estrie (CHUS, au centre de maternité de l'Estrie ou à domicile) depuis janvier 2014. La femme doit avoir accouché ou avoir tenté accoucher par voie vaginale; <p><i>ou</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Être un.e professionnel.le en périnatalité (infirmier.ère, accompagnante, médecin, sage-femme, intervenant.e communautaire, bénévole et intervenant.e en soins spirituels en maternité, etc.) actuellement en activité en Estrie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas parler français. • Accouchement sous césarienne planifié.

Toutefois, la diversité des témoignages reçus par les femmes a permis d'établir rapidement qu'ils suffisaient à l'exploration et à l'analyse dans ce projet dans un domaine de recherche nouveau. La rencontre avec d'autres personnes qui assistent à l'accouchement serait pertinente, mais aurait

apporté une perspective différente qui n'était pas celle priorisée dans ce projet, soit celle de la personne même qui vit l'expérience. En effet, la littérature disponible nous renseigne déjà sur les facteurs externes qui influencent le processus décisionnel, alors que l'influence de la spiritualité dans ce processus est un sujet intime, qui reste dans l'expérience intérieure, et qui appartient d'abord à la femme qui accouche et décide.

Recrutement et déroulement de la recherche

Un échantillonnage de convenance a été utilisé initialement soit par affichage électronique ou par bouche-à-oreille dans mes réseaux immédiats (voir Annexe 2). La théorisation ancrée indique qu'il ne faut pas présupposer de l'impact de certaines variables (sexe, âge, etc.) dès le départ, mais plutôt les considérer au fur à la mesure selon l'analyse continue tout en s'assurant de rencontrer une diversité de participant.es entourant la question de recherche. Ainsi, un souci important a été la diversité des vécus sur la question de l'épidurale (voir section 4.2 Portrait des participantes) : souhait en prénatal, prise ou non de l'épidurale lors du travail, anesthésie fonctionnelle ou non, satisfaction face à la procédure, etc.) De plus, la progression de l'analyse a mené à l'identification de catégories initiales, qui a entraîné des changements dans l'échantillonnage : le recrutement a ainsi progressivement été plus axé selon l'échantillonnage théorique (voir section 3.5) soit selon les éléments jugés importants à développer suite à l'analyse des entretiens précédents.

Les femmes intéressées ont été contactées par téléphone ou par courriel afin de leur présenter l'étude et, le cas échant, fixer une date et un lieu de rencontre. L'entretien a été réalisé par la doctorante au moment et à l'endroit convenant le mieux à la participante (domicile, lieu de travail, lieu public).

Lors de la rencontre, après que le consentement de la femme ait été donné, les entretiens ont été enregistrés : ces enregistrements ont été transcrits par la doctorante pour analyse. Pour les deux entretiens sans enregistrement (Ambre, Françoise), des notes ont été abondamment prises pendant et après l'entretien afin de conserver les mots qu'elles avaient utilisés.

En lien avec les caractéristiques des entretiens dits intensifs, le guide d'entretien est un outil souple pour encourager la personne à partager son vécu. Ce sont des questions ouvertes qui en début de processus sont à large portée axée sur leur expérience concrète d'accouchement de la femme, son processus décisionnel face à l'anesthésie épidurale et sa spiritualité. Dans le protocole d'octobre

2016, on débutait par : « *S'il vous plaît, pourriez-vous me dire tout ce qui touche votre expérience de l'épidurale, avant, pendant et après l'accouchement?* » (voir Annexe 3). Avec la progression de l'analyse, le guide d'entretien se précise afin d'affiner les catégories émergentes, avec par exemple une question de la version d'octobre 2017 : « *Quand je vous dis plonger dans l'expérience, qu'est-ce qui vous venait à l'esprit?* » (voir Annexe 4) Le guide d'entretien a ainsi évolué afin d'ajuster les questions de manière à pouvoir aller en profondeur dans l'expérience tout en mettant la personne en confiance. Ainsi, les entretiens ultérieurs seront bonifiés de question en lien avec les catégories émergentes (par exemple, « raisons du refus »); deux versions du guide d'entretien ont ainsi été créés.

À l'origine, il avait été prévu de rencontrer les participantes deux fois, non pas dans une démarche prospective mais pour consacrer une séance séparée pour chaque thématique, soit l'anesthésie épidurale dans la première rencontre et sur la spiritualité dans la deuxième. Toutefois, dès le début, il s'est avéré que les deux sujets étaient abordés simultanément par les femmes : une seule rencontre a ainsi été réalisée avec chacune. Des questions sociodémographiques ont été posées à l'oral en début d'entretien : ceci permettait de lancer l'entretien sur un terrain plus neutre, tout en permettant d'obtenir certaines informations de manière systématique sur ces femmes.

Considérations éthiques

Les personnes acceptant de participer à l'étude ont rempli le formulaire de consentement (voir Annexe 5) contenant des informations détaillées concernant les objectifs, les risques et les bénéfices de l'étude. Elles ont également été informées de la nature volontaire de leur participation. Une attention particulière a été accordée à la confidentialité des données recueillies dans les entretiens, en conservant les données sous clé et en changeant le nom des participantes, soit chronologiquement : Ambre, Béa, Caroline, Christine, Daphné, Eugénie, Françoise, Gabrielle, Hélène, Irma, Julia, Kristelle, Léonie, Maëlle, Noémie.

Tel qu'explicité dans la section sur la posture constructiviste, diverses stratégies ont été utilisées dans le souci d'un partage du pouvoir plus égal entre la doctorante et la mère rencontrée. D'abord, en laissant à la femme choisir le lieu de rencontre, l'intention était d'être à l'endroit où elle serait le plus confortable d'aborder en profondeur les sujets intimes que peuvent être la spiritualité et la décision face à l'épidurale. De plus, le guide d'entretien a été créé pour favoriser un climat de réciprocité lors de l'entretien, en m'assurant que la dynamique de pouvoir ne m'avantage pas afin

qu'ultimement la théorisation soit une co-construction : le défi est de créer un équilibre entre poser des questions significatives et forcer des réponses. (Charmaz, 2014, p. 95) Par exemple, le mot *femme* plutôt que *mère* a été choisi lors de la réaction pour mettre de l'avant son agentivité plutôt que son statut. Sur le sujet spécifique de cette thèse, il a été crucial de trouver les mots adéquats et une posture appropriée pour encourager l'engagement sur un sujet socialement tabou, la spiritualité, mais de plus ancré dans une décision tout aussi intime, le choix face à l'épidurale. On peut donner comme exemples le fait de créer, à la demande d'une participante, un petit descriptif d'éléments de la spiritualité à lui remettre lors de la rencontre ou encore de préciser, dès le formulaire de consentement, que cette recherche ne se veut pas une hiérarchisation de l'expérience de l'accouchement, qui voudrait mettre de l'avant une façon de faire au-delà d'autres. Malgré ces précautions, les thèmes entourant l'accouchement peuvent être sensibles et les personnes pouvaient être référées à un.e professionnel.le approprié.e (travail social, psychologie, etc.) : ceci a été offert spécifiquement, mais refusé, lors d'un entretien particulièrement émotif.

3.2.2 Observation non-participante

J'ai visité les milieux des accouchements estriens qui sont : i) un centre de maternité de quatre lits où pratiquent les sages-femmes; et ii) une maternité de niveau III d'un hôpital universitaire régional réalisant près de 3000 accouchements par année. J'ai aussi accompagné mon codirecteur Jean-Charles Pasquier, obstétricien dans la maternité, dans le cadre de deux de ses gardes (avril et septembre 2017) pour y faire, sur autorisation verbale de la patiente, de l'observation non-participante. Le but de ceci était de me permettre, en tant que non-clinicienne, de mieux saisir la réalité du milieu tout en ayant quelques éléments-clés à observer soit la demande, la pose et l'effet d'une épidurale, et d'ainsi noter des éléments qui pourraient autrement être invisibles dans les discours. Des notes ont été prises suivant ces visites dans le journal de bord (voir section suivante), certaines étant retranscrites en mémos pour analyse : les résultats sont présentés dans le chapitre suivant.

3.2.3 Journal de bord

Central à la théorisation ancrée, le journal de bord a pris la forme d'un cahier que j'avais continuellement avec moi et dans lequel je notais toute observation que je jugeais pertinente, ainsi qu'un document numérique pour les réflexions faites devant un écran. De plus, des notes étaient prises de manière systématique avant et après chaque passage sur le terrain (entretiens et

observation non-participante) sur divers éléments, cumulant entre 500 et 1000 mots par rencontre: contexte d'entretien, description du langage non-verbal, réflexions méthodologiques (amélioration pour prochain entretien, limites identifiées, etc.), et réflexions théoriques (liens avec une autre expérience, avec la littérature, etc.).

Le journal de bord sert aussi à la réflexivité (abordée plus haut), en ce qu'il constitue une manière de m'exprimer spontanément et librement sur mon positionnement, mes réactions, mes intérêts afin, dans un deuxième temps, d'en prendre une distance. Par exemple, j'écris « Qu'est-ce que je fais ici? » lors de la deuxième observation non-participante. Certaines réflexions traitaient d'idées qui pouvaient permettre la conceptualisation des données et l'émergence de la théorie : le journal de bord permet ainsi le début de l'analyse via les mémos (voir section 3.3.3).

3.2.4 Autres sources de données

Dans la vision *all is data* de la MTA, je suis entrée en contact avec des éléments qui peuvent être autant de sources d'information : discussions lues ou encore lancées dans des groupes de réflexions sur la maternité, ouvrages grands publics sur la maternité, témoignages spontanés chez l'esthéticienne, dans l'autobus ou dans les rencontres de famille, sujet dans des revues populaires, émission sur le sujet (ou tout autre sujet, voire même sur la mécanique spatiale!), livre historique sur l'accouchement, blogues sur la maternité, etc. Toutes ces données m'apparaissaient à cause de mon intérêt pour la question qui m'y orientait, mais parfois parce que mon intérêt pour l'épidurale est devenu bien connu dans mon entourage et qu'on me redirige à ces sources d'informations. De même, les rencontres avec le comité de direction de thèse ont été riches en réflexion, suscitant les échanges : cinq rencontres de groupe ont été faites, en plus des échanges individuels avec chacun.

L'analyse de ces données est moins systématique que celles des autres données, mais a nourri les réflexions et alimenter le processus de comparaison continu. Néanmoins, lorsque particulièrement pertinentes, les données écrites ont été compilées dans un dossier alors que les témoignages ont été notés dans le journal de bord.

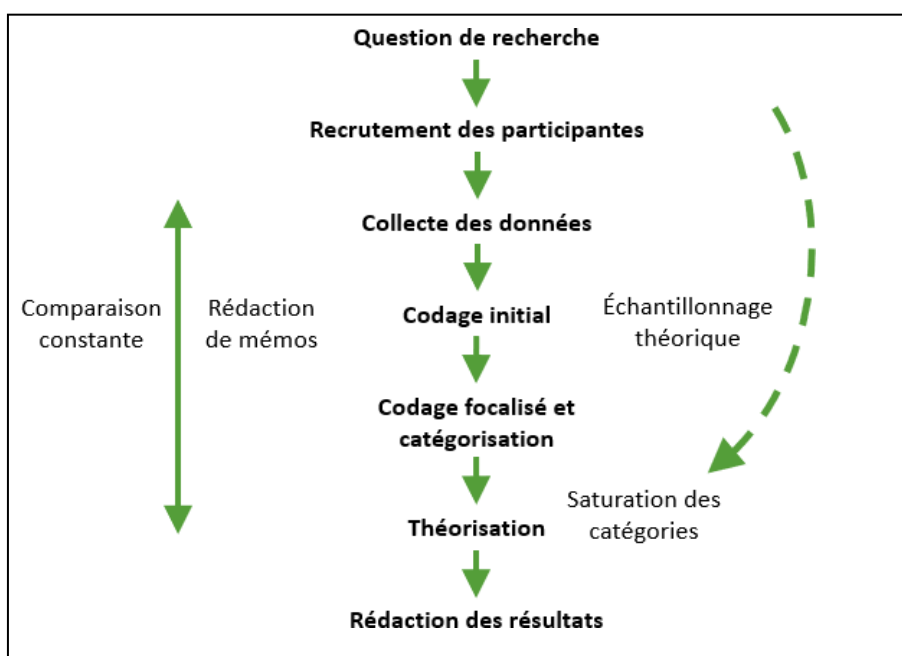
3.3 La méthode d'analyse

Grounded theory begins with inductive data and analysis, uses comparative methods, and keep you interacting and involved with your data and emerging analysis.
(Charmaz, 2014, p. 1)

L'analyse des données débute dès la première collecte de données avec le codage. Progressivement, la collecte prendra moins de place et l'analyse plus. (Glaser & Strauss, 1999 [1967], p. 73)

La méthode d'analyse en MTA assure la progression de la théorisation par différentes stratégies (voir Figure 3.1). Les éléments de cette méthode d'analyse suivants le début de la collecte de données sont présentés dans cette section, dans un ordre le plus chronologique possible : 1) le codage initial; 2) la méthode de la comparaison constante; 3) la rédaction de mémos et les schématisations; 4) le codage focalisé la catégorisation; 5) l'échantillonnage théorique; 6) la saturation des catégories et la rédaction de la théorie.

Figure 3.1 Schématisation de la méthodologie de la théorisation ancrée : adaptation de Charmaz (2014)



Tel que précisé plus haut, contrairement à l'organisation séquentielle de la recherche traditionnelle, la MTA exige la cohabitation des étapes et des stratégies, voire une circularité du processus de recherche, en ce que la génération d'une théorie en tant que processus exigent que les opérations de collecte, de codage et d'analyse des données soient faites de manière continue, du début à la fin du projet. (Glaser & Strauss, 1999 [1967], p. 43) Même l'élément initial, soit la question de recherche dans sa formulation initiale, peut être amené à évoluer selon ce que rapportent les

personnes rencontrées. Les éléments décrits plus bas s'inscrivent donc plus largement dans le processus de recherche où ils se recoupent, tel que résumé par Charmaz :

By making and coding numerous comparisons, our analytic grasp of the data begins to take form. We write preliminary analytic notes called memos about our codes and comparisons and any other ideas about our data that occur to us. When inevitable questions arise and gaps in our categories appear, we seek data that might answer these questions and fill the gaps. [...] As we proceed, not only do our categories coalesce as we interpret the collected data, but also the categories become more theoretical because we engage in successive levels of analysis. Our analytic categories and the relationships we draw between them provide conceptual handle on the studied experience. Thus, we build levels of abstraction directly from the data and, subsequently, gather additional data to check and refine our emerging analytic categories. Our work culminates in a 'grounded theory', or an abstract theoretical understanding of the studied experience. (Charmaz, 2014, p. 4)

3.3.1 Codage initial

Le codage est le moteur de l'analyse. Pour réaliser ce travail, la MTA parle de *sensibilité théorique* en tant qu'habilité à comprendre et définir un phénomène en termes abstraits tout en démontrant des relations avec le phénomène étudié, ce qui nécessite l'engagement de la personne menant la recherche afin de savoir quelle direction théorique prendre avec les données.) La posture constructiviste souligne l'importance de la personne menant la recherche, en ce sens que les codes sont *construits* par cette personne pleinement *engagée* dans la recherche qui ne se contente pas de lire les données, d'en être passif, mais interagit et agit sur elles, permettant de construire une nouvelle analyse en nommant les données par le codage. (Charmaz, 2014) La sensibilité théorique implique ainsi le penchant et le tempérament de la personne menant la recherche, ainsi que sa capacité à non seulement avoir une compréhension (*insights*) théorique dans son domaine, mais aussi être capable d'en faire quelque chose. C'est ainsi une aptitude qui se développe continuellement, au fur à la mesure qu'elle prend de l'expérience. (Glaser & Strauss 1999 [1967])

Le *codage initial* constitue la première étape, porté par un souci de demeurer fidèle aux données empiriques en leur portant une attention particulière afin de les décrire et les résumer par une étiquette.) Il consiste à séparer en fragments les segments afin d'en examiner la constitution et de les interroger: "*What is this data a study of?*" (Glaser, 1978, p. 57) Les questions encadrant l'analyse à cette étape sont ouvertes et visent à rendre visibles les préoccupations implicites comme les affirmations explicites, dans un certain enjouement théorique (*theoretical playfulness*, Charmaz, 2014, p. 137) : qu'est-ce que ces données suggèrent, énoncent, ou gardent dans le

silence? De quel point de vue s'agit-il? L'objectif est de rendre visibles les processus en posant des questions telles : quel est le processus ici? Comment se développe-t-il? Comment les personnes participantes y participent-elles? Qu'en pensent-elles ou que ressentent-elles face à ce processus? Quand, pourquoi et comment le processus change-t-il? Quelles en sont les conséquences?

Dans ce projet, les transcriptions des entretiens ont d'abord été systématiquement codées ligne par ligne (*line-by-line coding*) comme dans la majorité des projets en MTA. Bien qu'arbitraire, cette méthode de diviser le texte par ligne permet d'être plus attentif aux données : “[it] enables you to take compelling events apart and analyzed what constitutes them and how they occurred” (Charmaz, 2014, p. 125). Dans la réflexion artisanale de la chose, le codage s'est fait à cette étape dans les marges des données retranscrites, influencé par la suggestion de Charmaz à faire un codage initial rapide et simple, avec des codes courts qui décrivent des actions tout en résumant bien ce qui est dit et en attirant l'attention : les codes sont ainsi condensés et signifiants. De même, les codes choisis sont des termes qui indiquent l'action (*gérondifs*) et la progression des événements. Certains sont dits *in vivo*, en ce qu'ils reprennent certaines expressions de participants résumant particulièrement une dimension : “*symbolic markers of participants' speech and meanings.*” (Charmaz, 2014, p. 134) Les codes sont, à ce stage, provisoires, car la priorité est de trouver le terme qui correspond le mieux aux données : on reste ouvert à toutes les possibilités théoriques et les codes pourront ainsi être renommés. (Charmaz, 2014, p. 117)

3.3.2 Méthode de la comparaison constante

Tout en mettant l'emphasis sur la description, le codage initial permet d'enclencher la comparaison des données : “*Coding distills data, sorts them, and gives us an analytical handle for making comparisons with other segments of data.*” (Charmaz, 2014, p. 4) La méthode de la comparaison constante (*constant comparative method*), n'est pas une étape du processus d'analyse mais la méthode d'analyse au cœur de la MTA, celle qui permet d'établir des liens nécessaires à la génération d'une théorie alors que des concepts et théories plus abstraites sont générés par le processus inductif afin d'expliquer le comportement à l'étude. (Glaser & Strauss, 1999 [1967]) Elle entre en jeu à chaque étape de l'analyse : d'abord les données entre elles, puis entre les données et les codes, puis entre codes, entre code et catégorie, entre catégories, et finalement entre une catégorie et un concept. (Charmaz, 2014) Différents types de liens et d'éléments de comparaison peuvent alors attirer l'attention : 1) leurs similarités (choses qui arrivent de la même

manière); 2) leurs différences (les choses arrivent différemment de manière prédictive); 3) leur fréquence (rarement, souvent, etc.); 4) leur séquence (l'ordre dans lequel elles arrivent); 5) leur correspondance (les choses arrivent à cause d'autres activités ou événements); et 6) leur causalité (l'une chose cause l'autre). (Saldaña, 2009)

Dans ce projet, il a été constaté que les contradictions amenées dans la comparaison constante, loin de nuire à la théorisation, lui permettent plus de profondeur alors que « des phases de confusion et de régressions ont permis d'avancer dans une compréhension plus nuancée, plus riche et plus solide du phénomène à l'étude. » (Luckerhoff & Guillemette, 2012b, p. 119) En effet, la méthode de la comparaison constante a amené plusieurs versions de codage et d'analyse, plusieurs aller-retours, alors qu'elle mobilise un mode de raisonnement *inductif* (mené par les découvertes *in vivo* sur le terrain), mais aussi *abductif*. Charmaz définit l'abduction comme un mode de raisonnement imaginatif que les chercheurs utilisent quand ils ne peuvent pas expliquer des résultats surprenants ou déroutants : *"When he begins to hypothesize with the explicit purpose of generating theory, the researcher is no longer a passive receiver of impressions but is drawn naturally into actively generating and verifying his hypotheses through comparison of groups."* (Glaser & Strauss, 1999 [1967], p. 39) À ce moment, ils font un saut inférentiel pour en considérer toutes les explications théoriques possibles jusqu'à ce qu'ils parviennent à l'interprétation théorique la plus plausible : *"the researcher has insights, and he can make the most of them [...] through systematic comparative analyses."* (Charmaz, 2014, p. 251) Chacune devra être vérifiée et confirmée sur le terrain et mériter sa place dans l'analyse par sa capacité à mieux comprendre les données. Enfin tel qu'exigé par la MTA constructiviste, lors des dernières étapes de l'analyse, des comparaisons ont été faites entre les catégories principales et la littérature scientifique appropriée (Charmaz, 2014) : ceci est présenté dans la discussion (chapitre 5).

3.3.3 Mémo et schématisation

La rédaction de mémos, c'est-à-dire de comptes-rendus analytiques spontanés, est l'étape-clé entre la collecte de données et l'écriture d'une théorie, et va de pair avec la méthode de la comparaison constante et une approche abductive. Outre la réflexivité qu'elle permet de cultiver, arrêter les autres tâches du processus de recherche pour prendre note de ses pensées, réfléchir et analyser de manière critique ses idées permet d'approfondir notre compréhension et d'élever le niveau d'abstraction des idées. (Charmaz, 2014) Les fondateurs de la MTA précisent que de telles pauses

permettent aussi une analyse plus efficace, car elles permettent d'aller en profondeur plus rapidement, évitant ainsi de cumuler de large quantité de données sans ajout théorique nécessairement pertinent. (Glaser & Strauss, 1999 [1967])

Charmaz liste plusieurs rôles que peuvent jouer les mémos : a) définir chaque code et catégorie par ses propriétés analytiques; b) décrire les processus émergeant des codes et catégories; c) prendre note du processus de comparaison constante; d) organiser les codes et catégories; e) identifier les trous dans l'analyse et ainsi diriger les prochaines collectes de données. (Charmaz, 2014, p. 171) Les comptes-rendus permettent de garder une trace du processus de la construction de la théorie (Charmaz, 2014, p. 164) et constituent les blocs de sections lors de la rédaction : *“Your memos will form the core of your grounded theory.”* (Charmaz, 2014, p. 191)

Pour ce projet, les mémos ont été soit écrits dans les journaux de bord (lors de la collecte, lors de déplacement entre la maison et le travail, etc.) ou, lorsque possible (lors de la transcription, le codage et la rédaction), directement dans un document numérique qui constituait la banque centrale de mémos. Le plus systématiquement possible, les mémos étaient datés, précédés d'un titre, classés chronologiquement et identifiés selon la typologie de Lejeune (2014) :

- 1) Compte-rendu de terrain : notes d'observation et transcription.
- 2) Compte-rendu de codage : micro-analyses; caractérisation du phénomène étudié (ses propriétés); ressentis de l'analyste pour développer la réflexivité.
- 3) Compte-rendu théorique : éléments spéculatifs ou « caractéristiques non encore attestées » provenant de questions théoriques, de comparaisons internes au matériau, de la littérature scientifique ou d'expériences de pensée.
- 4) Compte-rendu opérationnel : aide-mémoires sur des éléments techniques liés au retour sur le terrain ou sur la suite du codage.

Ces notes réflexives ont rempli plus de 4 cahiers et quelques 100 pages d'un document numérique, en plus de feuilles (ou tout support à portée de main) éparées. Sans être des comptes-rendus écrits, une quantité impressionnante de schématisation, réalisée sur de grandes feuilles, a aussi été produite. La schématisation constitue une stratégie d'analyse répandue en MTA, car elle permet d'intégrer les données sous une forme relativement simple : *“All qualitative researchers use such methodological strategies as sorting, diagramming, and integrating materials; however, grounded theorists use these strategies in service of the theoretical development of their analysis.”* (Charmaz,

2014, p. 216) Des diagrammes ont aussi permis d'établir les liens entre certaines catégories, ainsi que leur importance respective. L'étape de schématisation finale, obligatoire dans le courant Strauss-Corbin, a été utilisée ici dans le but de faciliter la compréhension globale du processus.

3.3.4 Codage focalisé et catégorisation

L'objectif de la deuxième phase de codage, dit *focalisé*, est de classer, synthétiser, intégrer et organiser de grandes quantités de données, à ce point-ci des morceaux du récit fragmenté lors du codage initial, en sélectionnant les codes les plus fréquents ou significatifs. (Charmaz, 2014) Une stratégie à ce point-ci est de coder les codes eux-mêmes et de se demander : qu'est-ce qui apparaît lorsque je compare les codes initiaux aux données? Y a-t-il des motifs qui se dessinent? Quels sont les codes qui expliquent le mieux les données? Ultimement, on cherche à développer des concepts qui sont : 1) analytiques, c'est-à-dire suffisamment généralisés pour désigner des *caractéristiques* des données et non pas les données comme telles; et 2) sensibilisateurs (*sensitizing*), c'est-à-dire qui décrivent une image parlante, évoquant l'expérience vécue. (Glaser & Strauss, 1999 [1967], p. 38) Conséquemment, le codage et l'analyse des données deviennent de plus en plus sélectifs et conceptuels afin de développer des catégories : ces dernières peuvent englober plusieurs motifs et thèmes communs de plusieurs codes afin d'expliquer une idée ou un processus dans les données. L'écriture successive de mémos sur ces catégories provisoires permet de les définir, d'expliquer leurs propriétés, de spécifier les conditions sous lesquelles elles apparaissent, sont maintenues et changent, de décrire leurs conséquences et de démontrer les relations entre les catégories. (Charmaz, 2014)

Une liste d'une cinquantaine de codes focalisés a été réalisée à partir du codage initial des sept premiers entretiens et des données qualitatives de l'enquête. Cette liste initiale a permis le codage des entretiens suivant en utilisant le logiciel QDA-miner. Les étapes suivantes ont été de définir quels codes représentent le mieux les données afin de les élever au statut de catégorie, d'en offrir une définition et d'identifier les propriétés puis d'élever le plus possible le niveau conceptuel tout en demeurant vrai aux conditions des données. La prise de décision entraînée par ce type de codage a entraîné un certain sentiment de confusion et d'incertitude face à l'analyse émergente, mais a aussi permis d'apprendre à tolérer l'ambiguïté nécessaire à cette étape. (Charmaz, 2014) De toute manière, les décisions prises à cette étape demeurent, et ce jusqu'à la fin de la rédaction, des tentatives flexibles, d'autant plus que le codage n'est pas un processus linéaire.

À un point de ce codage, l'introduction du modèle conceptuel de la spiritualité de Koenig et Büssing (2010; voir les sections 1.2.2 et 5.1.2) a permis d'élever le niveau d'abstraction de mieux structurer les codes autour de catégories. De même, il est devenu important de modifier le guide d'entretien afin d'inclure des questions plus centrées sur les catégories et de passer au mode d'échantillonnage théorique.

3.3.5 Échantillonnage théorique

L'échantillonnage théorique distingue la théorisation ancrée des méthodes quantitatives, mais aussi des autres méthodes qualitatives. Le chercheur *décide* quelles données amasser et où aller chercher ses données, en mettant l'emphasis, non pas sur des individus comme tels, mais sur certaines actions, expériences, événements ou enjeux afin de comprendre comment, quand et pourquoi les catégories varient. Cette stratégie permet de resserrer l'analyse autour des catégories émergentes en cherchant spécifiquement des données pertinentes à l'élaboration et au raffinement des catégories théoriques : elle ne peut ainsi commencer que lorsqu'une catégorie a été identifiée. (Charmaz, 2014)

Dans ce type d'échantillonnage, on cherche le développement conceptuel et théorique de l'analyse et non la représentativité d'une population ou la généralisation des résultats. (Glaser & Strauss 1999 [1967]) Conséquemment, la taille de l'échantillon n'est pas déterminée préalablement; elle est plutôt établie selon la saturation des catégories qui varie selon différents éléments dont la complexité de la question. On juge l'échantillonnage théorique par la profondeur qu'elle amène et, comme il y a plusieurs pistes à suivre, le critère doit être leur pertinence et leur visée théorique pour l'analyse : *“Of what larger, more abstract theoretical category or problem is this finding a part of?”* (Charmaz, 2014, p. 205)

Quelques exemples de ce projet permettent d'illustrer comment l'échantillonnage théorique s'imbrique dans l'ensemble du processus d'analyse, en ce qu'il s'inscrit dans l'esprit de la méthode de la comparaison constante et qu'il nous garde en mouvement entre la collecte ciblée de données et la rédaction de mémos analytiques. Les questions entourant le moment de la prise de décision chez les femmes ayant pris l'épidurale ont dû rapidement être ciblées, car il apparaissait après les premières entrevues que celles-ci racontaient insuffisamment et trop rapidement ce moment pour pouvoir décrire ce qui deviendrait la catégorie « me soulager avec l'épidurale ». Si des dizaines de femmes m'écrivaient pour me parler de spiritualité dans leur accouchement sans épidurale, souvent

à la maison de naissance ou à la maison, rejoindre les femmes désirant parler de leur expérience d'accouchements avec un.e anesthésiste (alors qu'elles constituent la large majorité des accouchements) s'est révélé plus difficile. Une stratégie a été de spécifier des critères : soudainement, elles se sentaient concernées, comme si elles pouvaient alors contribuer à quelque chose. Par exemple, cibler les femmes qui prennent l'épidurale, mais que celle-ci ne fonctionne pas, ne « soulage » pas, a mené au recrutement de Léonie et Noémie. Ceci a ainsi permis de délimiter et saturer les propriétés de cette catégorie, identifier les distinctions et les relations avec d'autres catégories (comme « plonger » entre autres), tout en identifiant des variations dans le processus. (Charmaz, 2014)

3.3.6 Saturation (théorique) des catégories et rédaction de la théorie

Il devient éventuellement possible d'évaluer quelles catégories provisoires sont centrales et seront intégrées pour construire la théorie. Ce ne sont pas toutes les catégories qui doivent être saturées le plus que possible, mais bien celles au cœur de la théorisation émergente, celles qui ont le plus de pouvoir explicatif, alors que les autres sont mises de côté. (Glaser & Strauss, 1999 [1967]) La fin de la collecte de données ne vient pas avec la saturation des données (où la collecte n'apporterait plus d'information nouvelle), mais la *saturation de ces catégories*, c'est-à-dire le point où amasser plus de données à propos d'une catégorie ne révèle plus ni de nouvelle propriété ni de nouvelles notions théoriques sur la théorisation émergente ou encore de nouvelles relations entre les catégories. (Charmaz, 2014) La saturation des catégories est donc intimement liée à l'échantillonnage théorique, l'idée étant de combler les « trous » identifiés dans la construction de la théorie afin de développer les propriétés des catégories jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelle propriété : *“Engaging in theoretical sampling prompts you to predict where and how you can find needed data to fill such gaps and to saturate categories.”* (Charmaz, 2014, p. 199)

Pour ce projet, par exemple, *faire face à l'inconnu* est apparu comme un élément déclencheur du processus étudié, décrivant adéquatement les trois catégories qui ont été identifiées comme faisant partie du processus spirituel. Ces catégories ont été définies le plus possible en identifiant leurs propriétés et les liens entre les catégories. Plusieurs codes ont été mis de côté pour se centrer sur ces éléments.

La compréhension du processus étudié a été jugée suffisante quand une compréhension globale en a été possible, et ce, bien que de nombreux chemins auraient pu être poursuivis. Toutes les

conditions possibles n'ont pu être explorées soulevant la pertinence de nouvelles recherches sur les enjeux complexes et profonds de la douleur et la souffrance face à la spiritualité ou encore, par en une enquête en sous-groupes, sur certains facteurs pouvant influencer le vécu d'une femme qui accouche (cours prénataux, parité, complications et interventions pendant l'accouchement, etc.) Néanmoins la portée de la conceptualisation faite était suffisante pour que l'on justifie sa publication. En effet, il est précisé que la personne menant l'analyse réalise à un point que sa théorisation pourrait encore être développée, mais qu'elle est suffisamment formulée pour terminer son travail actuel et publier. (Glaser & Strauss, 1999 [1967]) Cette étape de rédaction est, en MTA constructiviste, l'ultime étape d'analyse, car elle va au-delà de l'écriture d'un rapport : le processus de théorisation se poursuit lors de l'écriture et de la réécriture, qui sont en soi une étape cruciale du processus analytique, car des réflexions plus poussées en émergent. (Charmaz, 2014) Il peut devenir tentant lors de l'écriture, surtout lorsque le terrain est proche, de retourner sur le terrain, mais ce n'est pas ce qui est demandé par saturation des données. (Glaser & Strauss, 1999 [1967]) La notion de suffisance théorique (*theoretical sufficiency*) devrait plutôt guider notre choix de mettre fin, une combinaison de critères de saturation impliquant, oui, l'intégration et la densité d'une théorisation, mais aussi la sensibilité théorique de l'analyste et les limites empiriques des données. (Glaser & Strauss, 1999 [1967], p. 62) Pour cette raison, on parle de *théorisation*, et non de théorie finale, pour souligner un processus dont la production écrite n'est qu'une étape indiquant la fin d'une boucle de recherche toujours à poursuivre. C'est cette même théorisation, résultat de la démarche longuement décrite, qui est présenté dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 4 – RÉSULTATS DE LA THÉORISATION ANCRÉE (LA « NAISSANCE »)

« Y'a des phases dans l'accouchement, [...] [silence] Tu peux pas planifier parce que si ton premier boutte de temps de ton accouchement se passe de telle façon, ça l'influe le deuxième, ça l'influence... C'est comme en recherche, moi je suis en train de faire un projet de recherche, la phase 1 influence la phase 2, tu peux pas savoir la phase 4 a va être quoi. C'est la même affaire dans un accouchement. » (Caroline)

La question de recherche initiale sondait le rôle de la spiritualité sur le processus décisionnel face à l'épidurale : « Quel est l'apport de la spiritualité dans le processus décisionnel des femmes entourant l'anesthésie épidurale lors d'un accouchement vaginal? » Toutefois, la méthodologie de théorisation ancrée permet de modifier la question de recherche durant le processus de collecte et d'analyse de données afin d'avoir une meilleure compréhension du problème. (Agee, 2009) Ainsi, le processus de codification a rapidement établi que cette première question de recherche n'était pas au centre des préoccupations des femmes. Prendre ou non l'épidurale est une petite, mais intense question en ce qu'elle dissimule (tout en le révélant lorsqu'on s'y penche) un processus, plus important, d'ordre spirituel. La question de recherche est ainsi reformulée : *Quel est le processus spirituel des femmes vivant un accouchement vaginal à la fois révélé et restreint par la question de l'anesthésie épidurale?* Il s'agit donc d'une recherche portant non pas sur les enjeux entourant l'épidurale, mais plutôt sur la spiritualité vécue par les femmes qui accouchent vaginalement, peu importe leur vécu de l'épidurale, tout en montant que la question de l'épidurale révèle le processus spirituel et que son utilisation en limite l'accès, sans jamais l'empêcher.

Après avoir décrit les résultats de l'observation non-participante ainsi que les femmes rencontrées en entretiens semi-dirigés, ce chapitre présente la théorisation en développant les catégories centrales et leurs propriétés caractéristiques. De l'imagerie de la thèse, c'est la « naissance », soit ce qui est née de la démarche méthodologique tel que décrit par les femmes qui l'ont vécu : ainsi, plusieurs citations illustratives sont tirées des données afin de reprendre les mots mêmes utilisés pour exprimer le spirituel aujourd'hui en tant que processus et sa relation à l'épidurale.

4.1 Résultats de l'observation non-participante

Lors de la première observation (avril 2017), j'ai assisté à une pose de l'épidurale chez une femme trentenaire, née à l'extérieur du pays. J'ai pu observer à distance l'admission de la femme et lorsqu'on m'a informée qu'elle souhaitait l'épidurale, j'ai pu me présenter et demander à pouvoir assister à la pose. La femme, terminant elle-même un doctorat, autorise rapidement ma présence, souhaitant contribuer à la recherche. J'ai été présente lors de l'attente de l'anesthésiste (60 minutes), lors de la pose (10 minutes) et dans la période qui a suivi jusqu'à ce que l'épidurale fasse effet (10-15 minutes). Ceci m'a permis de rendre plus concret ce que d'autres participantes m'avaient décrit sur la procédure locale de pose ainsi que sur la différence observable entre l'état avant et après l'effet de l'épidurale : alors qu'elle était absorbée par la douleur, lorsque soulagée, elle se met immédiatement à se préoccuper pour ses proches absents pour l'accouchement.

Lors de la deuxième observation (septembre 2017), j'ai fait la tournée de femmes admises pour travail. Cette soirée me permet d'observer la variabilité des situations se déroulant simultanément. J'y note (en plus de réflexions inscrites dans le journal de bord):

Jeune femme accompagnée de ses deux sœurs qui la soutiennent verbalement, de sa mère et son père (bien qu'il soit absent lors de la naissance) : elle est dilatée à 9 cm, sous anesthésie épidurale. On y est appelé pour un forceps qui n'aura pas lieu. Je suis dans le coin de la salle, il y a beaucoup de gens. À notre arrivée, la tête du bébé commence à être visible, elle manifeste de la souffrance. Elle pousse et réussit; le bébé est pris et aspiré. Elle est contente, elle s'excuse (à plusieurs reprises) d'avoir été bête et dit qu'elle revient à elle-même maintenant. On lui dit qu'elle a été bonne; elle est très fatiguée et n'en revient pas que ce soit « sorti d'elle ».

Femme parlant arabe, avec son mari et la traductrice : elle commence à être en douleur quand on arrive. J'apprends plus tard qu'on lui a « installé l'épidurale ».

Pharmacienne avec son conjoint, accouchement vaginal après césarienne, vient de prendre l'épidurale, alors qu'elle était là depuis la nuit dernière. J'assiste à la rupture des membranes pour stimuler le travail.

Femme de 29 semaines de grossesse, suivie en maison de naissance : elle vient, car elle a plusieurs contractions. On lui pose plusieurs questions d'ordre technique. J'apprends plus tard qu'elle a été admise.

4.2 Portrait des participantes aux entretiens semi-dirigés

La MTA constructiviste n'étant pas une démarche hypothético-déductive, la présentation des données sociodémographiques demeurent simple et orientée vers une meilleure compréhension du contexte sans vouloir « mettre le lecteur sur de fausses pistes » (Luckerhoff & Guillemette, 2012b, p. 120). Néanmoins, comme on pourra l'observer, un souci important a été la diversité des vécus sur la question de l'épidurale.

Quinze femmes ont été rencontrées entre septembre 2016 à septembre 2017, pour un entretien semi-dirigé de 45 à 105 minutes. Lorsque je les rencontre, les participantes (voir Tableau 4.1) ont entre 22 et 36 ans, pour une moyenne de 30 ans. Toutes sont en couple (dont un couple homosexuel) depuis 7 ans en moyenne. La majorité possède un diplôme collégial ou universitaire et toutes travaillent avant leur première grossesse, bien qu'une a depuis choisi d'être mère à la maison. Aucune n'appartient à un groupe culturel particulier (7 originaires de l'Estrie, les autres du reste du Québec) et trois indiquent avoir une appartenance religieuse (deux catholiques, une chrétienne évangélique).

Tableau 4.1 Données sociodémographiques - Entretiens semi-dirigés

Variables	
Age (moyenne = 30,1)	
25 ans et moins	2
26 à 30	6
31 ans et plus	7
En couple depuis... (moyenne = 7,3)	
5 ans et moins	4
6 à 9 ans	7
10 ans	4
Niveau d'éducation	
DEP ou DES	2
Collégial	7
Baccalauréat	3
Études post-gradués	3

Du côté des accouchements, les informations sur l'histoire obstétricale amassées de manière systématique sont : le nombre total de grossesse vivantes, le type d'accouchement (césarienne, vaginale sous ou sans épidurale), le type de suivi et le lieu d'accouchement. Lors de l'entretien,

chacune a accouché d'un enfant il y a moins de 2 ans, pour un total de 32 accouchements pour l'ensemble des quinze femmes : cinq en ont un, sept femmes ont deux enfants, une a accouché trois fois et deux femmes ont quatre enfants. Deux femmes sont à nouveau enceintes pendant l'entrevue.

Lorsqu'on regarde le type d'accouchement, on voit une similarité avec les données régionales dans la proportion d'accouchement vaginal sous épidurale, soit de 66,7 % dans l'échantillon alors qu'il est de 66,1 % dans l'Estrie dans la période 2017-2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2018). La même comparaison pour la proportion d'accouchement sous césarienne (15,6 % plutôt que 22,1 %) montre une sous-représentation, mais qui était attendue considérant le recrutement exclut les césariennes planifiées. Les femmes rencontrées montrent une diversité de trajectoires d'accouchement (voir Tableau 4.2). À leur premier accouchement, 3 ont eu une césarienne, 10 ont pris l'épidurale et 2 ont accouché sans anesthésie. À leur deuxième accouchement (n=11), parmi les 10 ayant eu une épidurale au premier, cinq la reprennent et trois non. Celles qui ont eu un troisième (n=3) et quatrième (n=1) accouchement n'y ont pas pris l'épidurale.

Tableau 4.2 Trajectoire parité/type d'accouchement – Entretiens semi-dirigés

Césarienne puis césarienne	1	Daphné
Césarienne puis vaginal sous épidurale	1	Noémie
Césarienne (jumeaux) puis sans épidurale (2x)	1	Maëlle
Vaginal sous épidurale uniquement	7	
Un seul accouchement	3	Ambre, Béa, Eugénie
Deux accouchements	4	Françoise, Gabrielle, Julia, Léonie
Vaginal sous épidurale puis sans épidurale	3	
Un sous épidural puis un sans	1	Léonie
Deux sous épidurale puis un sans	1	Hélène
Un sous épidurale puis trois sans	1	Irma
Vaginal sans épidurale	2	
Un seul accouchement	2	Christine, Caroline

Pour ce qui est du type de suivi (voir Tableau 4.3), lors du premier accouchement 2 femmes sur 15 (13,3 %) ont été suivies par une sage-femme, soit au-delà de la proportion de 3% normalement observé, mais plus près lorsque l'on considère qu'une a accouché à l'hôpital sous supervision d'un

médecin (en présence de la sage-femme). À leur deuxième accouchement (n=11), huit ont repris un suivi médical : elles ont accouché à l'hôpital sauf une qui a accouché à domicile non-assistée. Les autres ont changé leur suivi médical pour un suivi sage-femme, qui accompagnent aussi celles ayant eu trois et quatre enfants.

Tableau 4.3 Types de suivi et lieu d'accouchement – Entretiens semi-dirigés

Suivi médical	10	
Hôpital seulement	9	Ambre, Béa, Daphné, Eugénie, Françoise, Gabrielle, Julia, Léonie, Noémie
Hôpital puis domicile	1	Kristelle
Suivi médical puis sage-femme	3	
Hôpital (2x) puis maison de naissance	1	Hélène
Hôpital (2x) puis maison de naissance (2x)	1	Maëlle
Hôpital, maison de naissance, hôpital, domicile	1	Irma
Suivi sage-femme uniquement	2	
Hôpital	1	Caroline
Maison de naissance	1	Christine

Dans les particularités, spécifions que :

- i) À l'exception d'un accouchement trop rapide à la maison, les femmes n'ayant pas pris l'épidurale avaient un suivi sage-femme (bien que deux accouchent à l'hôpital);
- ii) Trois femmes ont eu un accouchement où l'anesthésie épidurale fut peu ou pas fonctionnelle.

4.3 Résultats de la théorisation ancrée : le processus spirituel de faire face à l'inconnu

Les résultats de la théorisation ancrée démontrent que la question de l'épidurale constitue une clé d'accès efficace pour révéler le processus spirituel de l'accouchement, autrement difficile d'accès. À titre de comparaison, à la différence de la question directe de l'expérience spirituelle que posait mon mémoire (Bélanger-Lévesque, 2012), la question de l'épidurale a non seulement facilité le recrutement, le sujet étant plus aisément abordable dans le contexte actuel, mais a surtout permis de décrire un processus spirituel accessible à chacune bien que toutes ne s'y engagent pas, déclenché par « faire face à l'inconnu ».

Définition : « Faire face à l'inconnu » indique le constat initial face à l'accouchement, à ce qu'il représente. Il caractérise tout en étant l'élément déclencheur d'un mouvement pouvant initier un processus spirituel.

Encore aujourd'hui, accoucher est un faire face à l'inconnu, car c'est le seul chemin possible.

Eugénie : Tu ne le sais pas ce qui s'en vient.

Caroline : On ne le sait pas ce qui va se passer. [...] Accoucher, c'est le seul chemin aussi! [rires] [...] Ça fait partie de la transformation pour être parent. Sinon, les gens [...] se feraient apparaître des bébés.

« Faire face à l'inconnu » décrit l'élément déclencheur d'un processus spirituel dans lequel les femmes peuvent s'engager lors de l'accouchement, un processus se composant de plusieurs étapes potentiellement cumulatives sans devoir l'être. De même, « faire face à l'inconnu » met les femmes en contact avec leur noyau spirituel composé de quatre éléments (le sens, la paix, la transcendance et la relation) qui se manifestent différemment à chaque étape. Chacune des catégories constituant ce processus spirituel, ainsi que les propriétés qui la composent (principalement selon leur manifestations dans le noyau spirituel) sont décrites dans cette section, illustrées par les mots mêmes des femmes et appuyées visuellement par la schématisation.

D'abord, le processus spirituel de faire face à l'inconnu est d'y réagir dans une tension entre deux catégories dynamiques, soit *ne pas me sentir* (section 4.3.1), une souffrance spirituelle pouvant être palliée par l'épidurale, et *plonger* (section 4.3.2), un acte d'affirmation spirituelle. Puis, c'est *sentir plus grand en/hors moi* (section 4.3.3), une expérience de connexion spirituelle où faire face à l'inconnu est une rencontre. Finalement, *accoucher de moi-même* (section 4.3.1) indique une transformation spirituelle où la femme n'accouche pas seulement d'un enfant, mais aussi d'elle-même en accueillant l'inconnu qu'elle est à elle-même.

4.3.1 Ne pas me sentir : la souffrance spirituelle et le rôle de l'épidurale

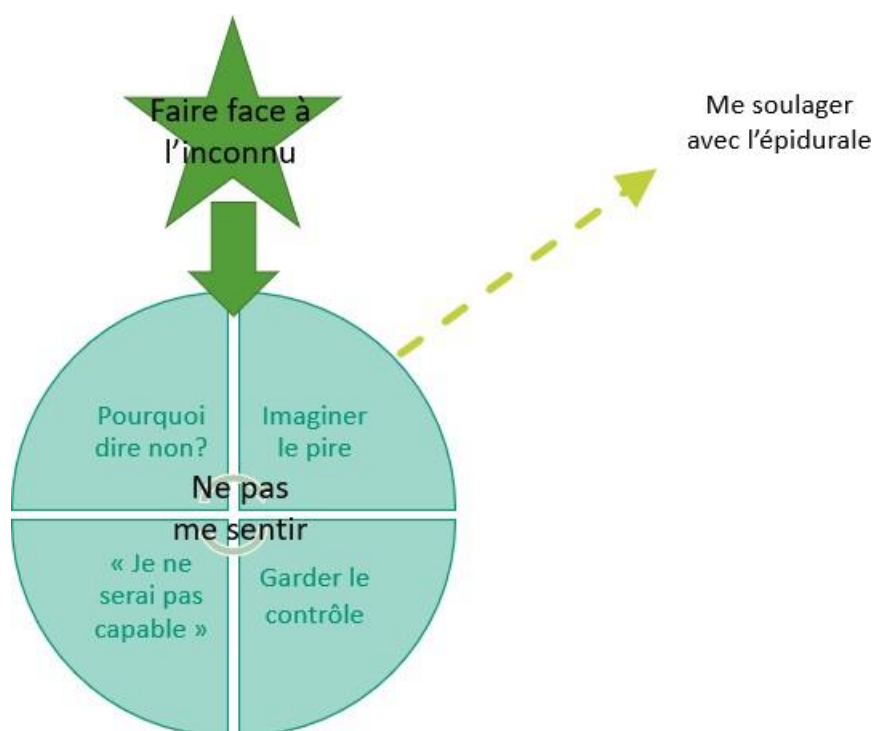
Hélène : « Ah non! Je suis vraiment pu bien, je veux l'épidurale. » Parce qu'un moment donné, [...] c'était juste : je ne veux juste pu me sentir.

Définition : « Ne pas me sentir » indique l'absence ou la non-disponibilité des ressources spirituelles face à l'inconnu de l'accouchement. Il n'est pas que le résultat souhaité avec l'épidurale, c'est ce qui explique qu'on la demande pour pallier la souffrance spirituelle de ne pas se « sentir » : c'est « me soulager avec l'épidurale ».

Initialement, faire face à l'inconnu met les femmes en contact avec leur noyau spirituel en tant que ressources spirituelles. Elles se retrouvent en tension entre deux catégories dynamiques. D'un côté, plus le noyau spirituel est mobilisé et solide, plus les ressources sont accessibles et utilisées, plus la personne pourra « plonger » (voir à la section 4.3.2). De l'autre côté, moins la personne a accès à ces ressources spirituelles (par exemple, environnement peu propice?), moins elle se sent : c'est « ne pas me sentir », décrit en détails ici.

À cette étape, les dimensions spirituelles s'expriment comme insuffisantes ou manquantes, voire comme des besoins non-répondus qui prennent ces formes: i) « pourquoi dire non? » ; ii) « imaginer le pire »; iii) « garder le contrôle »; et iv) « je ne serais pas capable » (voir Figure 4.1). « Me soulager avec l'épidurale » apparaît comme dernière propriété de cette catégorie vers laquelle les femmes penchent afin de pallier la souffrance spirituelle que l'absence de ces ressources suscite.

Figure 4.1 La catégorie *Ne pas me sentir* : la souffrance spirituelle et l'absence de ressources spirituelles



Pourquoi dire non? L'absence de sens

Définition : « Pourquoi dire non? » [à l'épidurale] sous-entend qu'il n'y a pas de sens de l'expérience ressentie de l'accouchement et de la douleur qu'elle comporte. L'anesthésie épidurale est symptomatique de la souffrance engendrée par ce non-sens devant l'intensité d'accoucher.

L'accouchement est décrit comme une expérience de douleur incomparable mais la douleur est évitée dans notre société, car elle n'a pas de sens.

Kristelle : T'es tellement concentrée à juste faire face à cette douleur-là qui est comme incalculable face à toute autre douleur que t'as vécue dans ta vie.

Irma : Je pense que c'est encore plus difficile d'accoucher naturellement aujourd'hui parce que on n'est jamais confronté à la douleur. Depuis qu'on est bébé qu'on nous dit que c'est pas normal d'avoir mal, fait que qui faut tout de suite donner un médicament, faut tout de suite enlever la douleur.

Conséquemment, le seul intérêt pour l'accouchement demeure la naissance de l'enfant, d'autant plus quand des difficultés sont liées à la conception et à la grossesse.

Gabrielle : Quand je pense à mon accouchement, j'ai ma fille dans mes bras : je pense pas le pendant, je me dis que c'est un boutte rough à passer pis après, c'est la même, ça fini pareil anyway!

Julia [qui pensait perdre l'enfant pendant la grossesse]: Moi, c'était dans ma tête que je voulais avoir l'épidurale. Parce que... ben je suis endurante, mais [...] comment je pourrais expliquer ça? Comment moi je vois les choses, c'est qui a des batailles qui faut que tu choisisses, pis quand tu peux avoir de l'aide, pourquoi ne pas l'accepter?

Sans sens donné à l'acte d'accouchement comme tel, les contractions sont à « endurer » jusqu'à ce que l'on se « tanne » et choisisse l'épidurale.

Léonie : C'était vraiment de me dire que ça va finir, a va sortir, ça va être fini, je vais endurer peut-être une heure ou deux de mal pis après ça, a va être là.

Kristelle : J'ai toughé les contractions pendant 20h [sans épidurale].

Gabrielle : J'avais dit que je voulais essayer sans pis finalement sont arrivés avec les papiers, y m'ont demandé : « Est-ce que tu la veux? » Pis là, j'étais tellement, tellement tannée, fait que j'ai dit oui.

Si l'accouchement est limité à une douleur incomparable qui n'a pas de sens, prendre l'épidurale apparaît comme une évidence, qui de plus n'est pas questionné socialement.

Béa : Les gens, y'en font pas de commentaires! Moi, j'ai jamais entendu dire : « Ah ouin! T'as eu l'épidurale! Tu voulais pas accoucher naturel? »

Le non-sens de la douleur amène plutôt à ce que l'on questionne les motivations des femmes désirant accoucher sans épidurale :

Noémie : C'est-tu des filles qui ont pas confiance en elles pis qu'en réussissant ça, ça les aide dans leur estime?

Christine : Notre société va pousser dans les sports, les marathoniens, les Ironman [...], mais accoucher pendant des heures de temps pour accoucher, ça, ça serait le plus gros des martyrs.

Imaginer le pire : l'absence de paix

Définition : « Imaginer le pire » indique une appréhension face à l'accouchement en associant son imprévisibilité à un danger. C'est une projection pessimiste du futur en un scénario-catastrophe qui, bien que peu probable, effraie.

Malgré qu'elles nomment leur méconnaissance de l'accouchement, les femmes savent qu'il y a des risques associés, et ce par les discours effrayants que l'on tient sur l'accouchement :

Béa : Accoucher, ça vient avec son lot d'inquiétudes. [...] Du monde qui meurt en accouchant, ça l'existe presque pu, surtout quand t'es déjà à l'hôpital. Mais reste que ça, y'en a encore. C'est rare, mais ça peut arriver.

Hélène : J'avais terriblement peur d'accoucher. Vraiment. Vraiment. J'en faisais des crises d'angoisse la nuit. J'avais peur parce que tout le monde te raconte leur histoire d'horreur : j'avais donc peur de vivre pareil.

Julia : J'entends tellement d'histoires. Comme, j'ai une autre connaissance que, [...] la tête est restée pris, y'a fallu qui tire sur bébé, le bébé était inconscient. Y'a fallu qu'on le réanime.

Une panique peut émerger dès la grossesse qui amène à ne pas vouloir y penser :

Gabrielle [enceinte] : L'accouchement en tant que tel, disons que j'y ai pas encore pensé! Justement, parce que je veux pas stressée pis toute parce que c'est un gros morceau pis... Je vais voir rendu là.

Léonie : J'y pensais pas, c'est niaisieux, mais pendant mes grossesses, je pensais pas à mes accouchements : ça me stressait ben que trop.

J'y suis inévitablement confrontée lors de l'accouchement : l'épidurale peut alors soulager la douleur physique, mais aussi apporter un apaisement et ce, même si elle ne fonctionne pas.

Gabrielle : C'était plus relax, j'ai pu me reposer, je lisais un livre. C'était zen.

Hélène : C'est ridicule, j'ai pris l'épidurale à mon fils, le temps qui me l'ont donné, j'ai fait de 6 à 9 cm juste parce que j'ai été capable de me calmer. [...] Je te donnerais n'importe quel médicament qui va te permettre de t'apaiser, ça ferait

probablement la même job que l'épidurale. Oui, tu sentirais encore quelque chose, mais au moins tu serais plus calme pour le sentir.

Léonie : Juste psychologiquement, si je me disais « je la prends », j'ai moins de chance d'avoir mal. Fait que ça me stressait moins. [...] Ben moi, ça pas marché, mais ça m'a calmé quand même juste le faite de dire que je l'avais pris.

Garder le contrôle : l'absence d'abandon

Définition : « Garder le contrôle » indique que le désir de conserver un sentiment de contrôle pendant tout l'accouchement sans pouvoir s'abandonner. L'épidurale peut être symptomatique d'un désir de rester ou de retourner dans le connu, de ne pas aller dans ce qui rend vulnérable.

L'accouchement est incontrôlable, et tout effort de planification est vain.

Noémie : L'accouchement, ça se passe jamais comme tu pensais que ça l'allait se passer!

Caroline : C'est implanifiable [rires]. [...] C'est un événement de la vie imprévu qui peut avoir des complications parce que c'est le corps.

L'imprévisibilité caractérise l'accouchement mais aussi la manière dont on peut y réagir :

Christine : Chaque femme réagit un peu n'importe comment [...] ça me faisait peur un peu [...] quelle réaction que je pourrais avoir.

Eugénie : C'était beaucoup en lien avec l'épidurale mon hésitation, parce que si c'était pas de ça [...] le suivi sage-femme m'intéressait beaucoup. Mais j'avais peur, [...] C'était comme : « Je me connais pas, ché pas comment je vais réagir. »

Ne pas perdre le contrôle peut être un but dès le départ et l'épidurale peut être une décision « quand même assez calculée », surtout lorsque la femme a peur de ne pas y avoir accès plus tard :

Noémie : « Y faut pas que je perde le contrôle. » [...] J'avais pas dans tête d'avoir un accouchement 100% naturel, c'était pas mon but. C'était juste de réussir à gérer pis de garder le contrôle là-dedans. [...] J'ai demandé l'épidurale à 4h parce que là, j'ai dit : « Me semble que je commence à sentir que je perds le contrôle [...] Je vais pas attendre d'être au boutte avant de la demander. »

Eugénie : Ma décision de l'épidurale était quand même assez calculé pis ça s'est bien passé. [...] C'était pas mon dernier recours, à bout de souffle, j'en peux pu. C'était comme : « Bon, je pense que je suis rendue là. »

Béa : Ça adonné que l'anesthésiste était sur l'étagé, y m'ont dit : « T'a veux-tu parce que si y passe droit, après ça tu l'as pas, parce que ça va trop vite. » Ben, j'ai dis : « Oui, si y'est là, on va le prendre, hein! »

Léonie : A m'a demandé si je voulais la péridurale. Au début, j'ai dit : « Non. » [...] A dit : « Si tu la veux, c'est là, sinon oublie ça, ça se peut que tu passes dans le beurre pis qui soit trop tard. » J'y dis : « Ben, je vais la prendre. »

L'épidurale peut permettre de faire face à la peur de l'inconnu et de reprendre le contrôle, de rire, de « revenir moi-même » et se recentrer sur l'enfant :

Béa : T'es en grosse douleur, t'en peux pu, t'essaie de te gérer [...] Mais, après [l'épidurale], ça change, je faisais des jokes avec les docs, pis tout le monde, on dirait la vie devient vraiment facile après l'épidurale. [rires]

Kristelle : Quand j'ai eu mon épidurale, j'ai pu prendre le temps [...] d'être avec [mon fils].

Il peut aussi indiquer la difficulté de s'abandonner :

Eugénie : Si dans ta vie, [Dieu] est une réalité, le fait de dire : « Ah! Mais moi j'ai trop peur! » Est-ce que c'est vu comme une espèce de manque de confiance [...] tu manques de foi pis tu fais pas confiance à Dieu là-dedans?

« Je ne serai pas capable » : l'absence relationnelle

Définition : « Je ne serai pas capable » est un moment aigu de souffrance où les femmes se disent qu'elles n'ont pas ce qu'il faut pour accoucher. La prise en charge de ce cri du cœur avec l'épidurale pallie au besoin relationnel d'accompagnement.

Ne pas être capable d'accoucher sans épidurale, c'est non seulement le message envoyé par la société mais ce que les femmes se disent quand elles « paniquent » :

Caroline : « Moi, ma blonde est super tough pis ça y'a pris une demi-heure pis a l'a demandé l'épidurale. » Tsé, tu vois le genre de commentaires? [...] C'est tout le temps : « Ah oui, oui, tu penses que oui, mais tout le monde la demande. »

Irma : C'est sûr que la douleur est forte, on se le cachera pas. Fait qu'un moment donné, si tu penses juste à cette douleur-là pis tu te dis : « Je serai pas capable. » C'est clair que tu tombes dans la panique.

Hélène : C'est le moment où j'ai paniqué pis j'ai dit : « Je serai pas capable. » Mais pourquoi? [...] Ce qui est véhiculé dans la société en général, c'est que les femmes ont besoin d'un épidurale, les femmes ont besoin de se faire soulager. [...] C'est comme si on n'était pas assez fortes pour le faire.

Dans ce contexte, pour se rassurer, on s'en remet souvent à l'expertise médicale :

Gabrielle : Première réaction, avec le test [de grossesse] dans les mains, les deux on était couchés pis on était comme : « Ok, y'est où le livre d'instructions? C'est quoi les étapes après? Qu'est-ce qu'on fait? » Pis là, après ça, tu fais comme : « Ok! Y faut que j'appelle pour avoir des suivis! Ah ok! Ah ok! Ça va! »

Béa : Y'ont quand même plus d'expérience que moi en la matière fait que je leur faisais confiance.

Eugénie : J'aime ça être prise en charge. Y'en a qui vont beaucoup dire : « Je suis pas consultée. » Ou tsé qui vont reprocher ça peut-être au milieu hospitalier [...] Moi, de un, je l'ai pas tant sentie [...], mais en même temps, j'étais contente que... y savaient où est-ce qui s'en allaient pis [...] je me sentais pris en charge à des moments où ce que j'aurais pas su quoi faire.

Une dynamique de pouvoir inégalitaire peut se créer et, avec l'intensité du travail, le consentement peut être compliqué, car « quand qu'on est en panique, on peut dire n'importe quoi » (Irma) :

Eugénie : T'as plein de petites questions niaiseuses que, avec le médecin, t'oses pas poser pis que tu poses pas.

Irma : Au premier, tu fais confiance au personnel médical : t'es qui toi pour savoir? Je veux dire : t'as jamais eu d'enfant, souvent dans ta famille, on t'en a jamais parlé, ceux qui connaissent ça, c'est les médecins!.

Maëlle : La prise en charge. [...] Ils te le disent pas ce qui font : y font les affaires à ta place, y te consultent pas! [...] Je l'ai vécu comme me faire imposer des affaires, [ils] ont le savoir absolu.

Caroline : Parce que si t'es pas sûre, si t'es pas informée, pis si t'as pas de soutien de ton entourage, ben c'est le médecin qui te fait peur pis qui décide de toute.

Kristelle : Toutes les risques, l'anesthésiste y les nomment [...], mais j'y ai juste dit : « Oui, oui. Pique-moi crisse. » Je m'en foutais là, t'aurais pu me dire : « Aille! Demain matin, tu marcheras pu. » Je t'aurais dit : « Oui, oui, c'est correct. »

Pourtant, la demande d'épidurale peut cacher un besoin est relationnel : par exemple, Françoise s'est « sentie seule », son chum étant « inutile » et l'infirmière, « super pas aidante ».

Hélène : [J]e l'ai pris [l'épidurale] plus parce que j'avais pas envie de me gérer toute seule pis pas avoir d'aide pour gérer. Parce que, honnêtement, ça faisait pas si mal [...], c'était plus, je sais pas, comme un backup.

Christine : Y sont de bonne volonté, mais j'ai l'impression que les médecins sont pas du tout formés pour aider les femmes à gérer cette intensité-là. [...] Sont là pour mettre au monde le bébé. Pis si ça devient trop intense, ben y'a la péridurale.

Irma : Au lieu de me remettre ça à moi, pis de me dire que je suis capable, c'était : « Nous, on va t'aider. Nous, on va faire des actions pour que toi, tu te sentes mieux. » Mais c'est pas ça un accouchement. Ça devrait pas être ça. C'est la femme qui devrait avoir le pouvoir dessus. [...] y veulent pas mal faire! Mais c'est pas toi qui a le pouvoir, là. C'est eux, parce que y sont là, eux y connaissent, y peuvent t'aider, y peuvent t'aider à gérer la douleur [...] C'est pas la femme qui connaît son corps, là-bas, là : c'est eux qui connaissent ton corps.

En fait, les femmes nomment le besoin de se faire ramener à leur capacité d'accoucher :

Hélène : Ce que je te parle là, c'est pas « je t'offre la péridurale » quand t'es dans ton moment de panique. Parce que c'est sûr que tu vas dire oui! Si t'es en train de paniquer, c'est sûr que si je te pitche une bouée, tu vas faire : « Aille, je la prends tout de suite, go! Ça va me rassurer. » Sauf que si t'arrives à ton moment de panique pis tu te fais dire : « Respire comme il faut! C'est correct, c'est normal ce que tu vis. » Aille y'a une méchante différence sur le comment tu vas le voir.

Irma : Est-ce qu'on est trop porté vite sur l'épidurale au Québec? Peut-être, là. Peut-être que c'est tellement ancré, que c'est un moyen qui est là pis qui est disponible pis que tout le monde peut la prendre. [...] Pourquoi on l'offre tout de suite comme ça? [...] On devrait leur dire : « T'es capable! »

Me soulager avec l'épidurale : le palliatif à la souffrance spirituelle

Définition : « Me soulager avec l'épidurale » résume le rôle de l'épidurale pour les femmes. Elle soulage d'abord non pas la douleur, mais la souffrance spirituelle engendrée par le faire face à l'inconnu de l'accouchement sans ressources spirituelles mobilisées.

Comme vu pour chaque élément, l'absence des ressources spirituelles s'accompagnent par la prise de l'épidurale. Ainsi, ce cumul de « ne pas me sentir » indique une souffrance spirituelle au cœur de laquelle émerge la demande d'épidurale. Sans nier le rôle que joue la douleur physique, la souffrance s'en distingue et peut la précéder, voire la dépasser : face à l'inconnu se trouvent la peur, l'angoisse et la panique.

Christine : La douleur, c'est vraiment comme le nerf qui t'envoie le message au cerveau : « Ok, t'es en train de te blesser. Fait quelque chose, là, tu peux mourir parce que t'es en train de te faire mal. » Le message nerveux. Alors que la souffrance, c'est toute notre réaction émotive face à cette douleur-là.

Ici, le noyau spirituel est insuffisant pour faire face à l'inconnu, il n'est pas sollicité ou encore la souffrance peut empêcher d'y accéder. Par exemple, les femmes prennent l'épidurale dans des contextes ne favorisant pas une intériorisation ou sont simplement trop souffrant pour être vécus autrement que par déconnexion de l'intensité de l'accouchement :

Béa : Mon accouchement était tellement « pif, paf, pouf, c'est réglé » que j'ai pas eu le temps de [pause] m'immerger dans un [pause] un gros bain spirituel.

Kristelle : Je connais quelqu'un qui a appris à 28 semaines que son bébé était décédé. Pis y'a fallu qu'elle accouche. Pis a l'a demandé l'épidurale, pis là, y'ont dit : « Ben là! tes contractions sont pas si fortes. » Elle a dit : « Aille! Mon enfant est mort. Aille! Je suis en train de mettre au monde mon enfant qui vivra pas : je peux-tu au moins pas avoir mal? J'ai déjà mal de même à mon cœur, je suis pas obligée d'avoir mal à mon corps. »

Hélène : C'est sûr que quelqu'un qui souffre pendant 15h, qui est brûlée raide, qui est pu capable, ben, prends-la la péridurale ma belle!

À ce moment, l'épidurale apparaît comme la solution « magique » pour s'en sortir, pour ne plus se sentir : « ne plus me sentir » est alors une conséquence de l'épidurale.

Hélène : Parce que c'est dont la piqure magique. [...] c'est magique, tu peux accoucher sans douleur.

Kristelle : Tsé un premier bébé, tu sais pas trop à quoi t'attendre. Mais j'avais comme toujours le principe de, si je suis pas capable, y'a une belle option que tu me piques dans le dos pis je sens pu rien.

« Me soulager avec l'épidurale » indique le rôle joué par l'épidurale tout en indiquant ses limites. D'une part, l'épidurale pallie la souffrance spirituelle causée par le fait de « ne pas me sentir » quand le noyau spirituel est insuffisamment solide ou sollicité qui amène. Néanmoins, pallier la souffrance n'est pas se pencher sur la source de cette souffrance : en offrant, avec l'épidurale, une prise en charge d'ordre technique à un besoin d'ordre spirituel, le besoin initial demeure. D'autre part, et on y reviendra, ne plus sentir en se soulageant avec l'épidurale amène comme conséquence de limiter (sans empêcher) l'accès au processus spirituel : c'est « passer à côté de quelque chose » (voir section 4.3.3).

4.3.2 Plonger : l'affirmation spirituelle

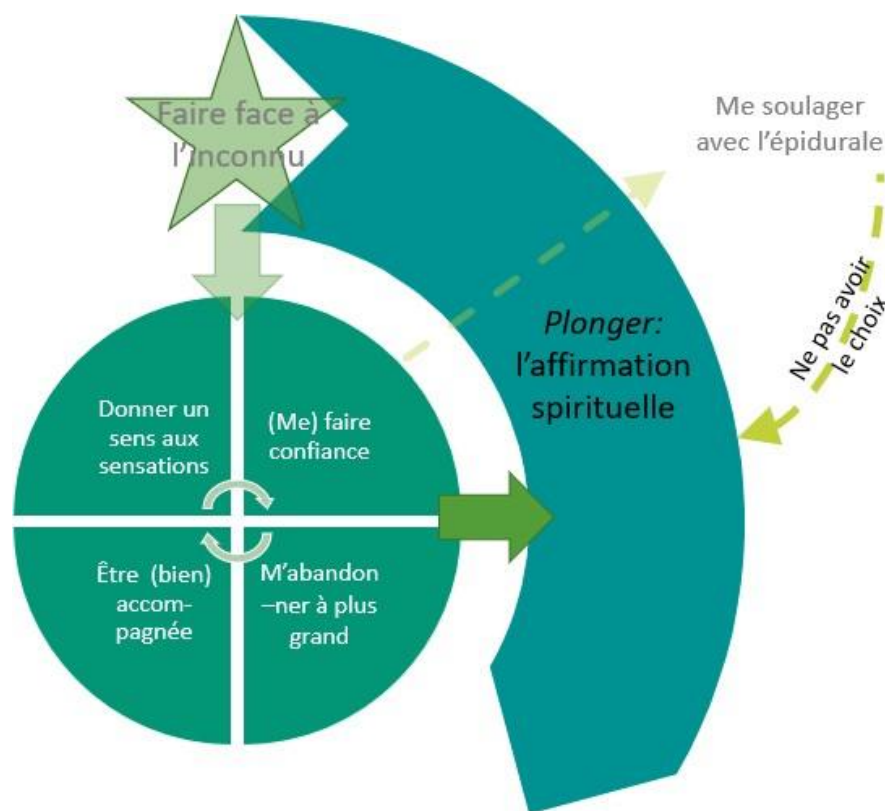
Définition : « Plonger » est une pratique d'affirmation spirituelle qui va au cœur de l'accouchement. C'est puiser dans ses ressources spirituelles pour à la fois prendre le risque tout en s'abandonnant à l'expérience.

Hélène : Comme je pourrais te le [décrire] : t'arrives au bout d'une falaise pis y faut que tu te garroches dans le vide. C'est un mélange de plein d'émotions : t'as de l'insécurité, pis t'as de la joie parce que tu le sais que ça s'en vient.

Plonger est la première étape du processus spirituel, celle dont les participantes parlent le plus. À la fois geste performatif et passif, il est à la fois un mouvement dans l'action et une posture confiante vers le futur. C'est un positionnement dynamique, en tension avec « ne pas me sentir » (section 4.3.1), à prendre et à reprendre, car accoucher exige une adaptation continuelle face à ces ressources spirituelles : les femmes peuvent, par exemple, plonger, paniquer, se ressaisir et replonger.

Il s'alimente à même le noyau spirituel des femmes à ses quatre (res)sources spirituelles : « donner un sens », « (me) faire confiance », « m'abandonner à plus grand » et « être (bien) accompagnée » (voir Figure 4.2).

Figure 4.2 La catégorie *Plonger* : l'affirmation spirituelle et les ressources spirituelles



Ainsi, bien que souvent conscient et préparé (notamment en excluant l'épidurale), plonger peut être un acte d'affirmation spirituelle intuitif, voire accidentel (voir *Ne pas avoir le choix*). De même, on ne plonge pas toutes avec le même aplomb, à la même profondeur, mais proportionnellement à la force réunie de ces ressources.

Caroline : Tu sais que tu vas aller dans une spirale, comme m'a expliqué [la sage-femme]: « Y'en a qui font juste un tour de spirale pis c'est là qui vont pis après ils reviennent. Pis y'en a qui font 20 tours de spirale, pis ça leur prend deux jours revenir de leur spirale après leur accouchement. [...] Fait que tu peux descendre à différentes couches que t'as besoin, pis que t'es capable, pis que t'as le goût, pis que ton accouchement t'amène aussi. »

Donner un sens aux sensations : besoin existentiel de sens

Définition : « Donner un sens aux sensations », c'est accorder un sens à l'acte physiologique, c'est investir le sens par les sens : la métaphysique par le physiologique. Comme le voyage n'est pas que la destination, au-delà du seul objectif de vouloir un enfant et une famille, l'acte d'accoucher peut revêtir un sens en soi.

En parlant de spiritualité, les participantes critiquent une vision mécanique de l'accouchement axée sur une douleur à soulager :

Béa : Les cours prénataux, c'est très mécanique, c'est « un accouchement, ça se passe de même, [...] tu vas ressentir ça comme douleur, au niveau physique. » [...] Fait que d'aborder une dimension spirituelle...

Irma : J'ai fait des cours prénataux, mais [...] le côté justement plus spirituel de l'accouchement, on n'était pas au courant de ça : on allait accoucher, on allait avoir un bébé, point. Ça allait faire mal, ouin, mais y'avait des solutions pour pallier à cette douleur-là, y'avait plusieurs choix possibles, mais ça s'arrêtait là.

Caroline : Le monde, y veulent juste savoir: tu l'as-tu pris ou tu l'as pas pris [l'épidurale]? [...] C'est très technique, je trouve, et non spirituel. Même pas émotif. [...] Moi, j'étais comme : « Wow! Pis chu allée dans ma spirale, pis j'ai senti mon bébé passé, pis j'ai eu un sens. » [...] C'est peut-être que c'est juste que les gens en parlent pas, je sais pas, mais, y'a pas de lieu pour parler de ça.

Pourtant, plusieurs donnent un sens aux sensations en acceptant d'avoir mal « pour une bonne raison », celle-ci variant :

Christine : Que les médecins, on aille vers un accouchement sans péridurale [...] : on l'offre à tout le monde, mais nous, on le prend pas. [...] On est peut-être plus exposés aux pous, aux contres [...]. Je pense qu'on a accès à plus d'informations, facilement. [...] Pour la santé, c'était probablement mieux d'éviter la péridurale.

Caroline : Moi, je pense que le bébé il le sent, y le sent quand t'es toute engourdie pis y sort, je pense qui le sent. Y'a quelque chose qui [...] est pas là.

Irma : La douleur, ça veut dire quelque chose des fois, y faut l'écouter aussi pis ça veut pas dire qui faut tout le temps l'enlever...

Kristelle : Ton mal de dos, y sert à rien. [...] Tandis que des contractions, ben au moins tu sais qui te mènent, tsé qui te mènent à mettre au monde la personne que tu vas aimer le plus au monde, qui va devenir une partie de toi-même.

Cela peut être vu comme un « passage obligé et normal » (Françoise) :

Christine : Y'en a qui ont jamais d'enfants [...] ou tsé qui accouchent pas vaginal, mais je trouve [...] que ça fait partie de l'évolution des femmes normale : bon, t'as

tes règles, tes menstruations, pis, un moment donné, t'accouches. Notre corps est faite pour passer par là.

Caroline : J'ai pas vraiment des croyances, oui c'est comme une croyance, mais c'est comme une philosophie, je dirais plus, de vie, mais c'était une grosse étape pour moi, physique, émotionnelle, spirituelle. Pis c'est ça qui m'a aidé, je pense, à faire mon accouchement sans épidurale, sans même y penser, c'était clair, je m'en allais, je m'en allais faire quelque chose, je m'en allais devenir une mère. [...] Fait que c'était vraiment comme un passage... obligé?

Puis, certaines veulent « sentir toute » en refusant de s'engourdir pour vivre pleinement l'accouchement dans leur corps, dans une vision dépassant la simple douleur :

Caroline : J'avais envie de sentir cet événement-là dans ma vie.

Hélène : Je l'ai pas subi [mon accouchement], je l'ai vécu. J'ai pas subi mes contractions, je les ai vécu une par une, je les ai senti.

Maëlle : Pour moi, ça fait partie du cheminement de sentir ses contractions : tu le sens arriver [...]. C'est comme faire le tour de la Gaspésie en dormant dans le char. [...] Tu vois pas les paysages.

(Me) faire confiance : besoin émotionnel de paix

Définition : « (Me) faire confiance » est un positionnement intérieur, plutôt qu'une certitude, fondamentalement optimiste sur l'acte d'accoucher. Les femmes peuvent simultanément avoir peur de l'inconnu d'accoucher et se sentir capable d'y faire face, de prendre le risque.

Alors que « donner un sens aux sens » explicite la raison pourquoi faire face à l'inconnu, « (me) faire confiance » indique le comment, c'est-à-dire la manière d'y faire face dans une paix relative. C'est d'abord « me sentir capable » d'accoucher, mais aussi de le faire sans anesthésie, ce sentiment variant d'une femme à l'autre selon leurs expériences physiques passées ou les accouchements dans la famille, bien qu'ils puissent entrer en contradictions.

Caroline : Je sens que mon corps est fort. Ça, c'est sûr que j'ai pas de doute que : « Est-ce que je vais être capable d'accoucher? » J'ai de la force dans mon corps depuis toujours, je l'ai beaucoup utilisé mon corps dans pleins d'affaires.

Christine : Ce qui m'a [...] mise en confiance [...]: « Oui, les treks en altitude, j'étais étourdie, ça allait pas pis j'étais capable de continuer pareil! » Ça fait que les contractions, [...] je le voyais peut-être un peu comme ça : un « défi ».

Béa : Moi, j'avais aucun scénario de faite, parce que je pensais que ça finirait en césarienne compte tenu de ma génétique : ma mère a eu trois césariennes [...] Fait que je m'attendais pas vraiment à être capable d'accoucher par voie vaginale, là.

Kristelle : Je suis une vraie moumoune dans la vie [rires] : j'aime pas avoir mal. [...] Fait que, dans ma tête, c'était pas mal sûr que j'allais prendre l'épidurale. Mais dans un autre sens, [...] ma mère m'avait accouché à la maison : [...] fait que je m'étais dit : « Aille, je dois être capable moi aussi d'accoucher naturellement. »

S'outiller par des techniques augmente le sentiment de confiance, mais sans être suffisant. C'est pourquoi le *me* mis entre parenthèse : la confiance se rattache à un Autre (voir section suivante):

Noémie : Je voulais un bel accouchement pis je me suis dit : « Pour avoir confiance que ça l'aille bien, y faut que je fasse ce qui faut. » [...] Si tu vas te chercher des outils pis tu mets les chances de ton côté, ben tu vas partir avec un esprit positif.

Christine : Pour [ce médecin], fallait absolument comme avoir une technique, pis une méthode, Bonapace, ou les acupressions [...] pour être capable d'accoucher, alors que juste, je pense, d'avoir confiance en soi, pis de laisser aller les choses, ça peut être suffisant.

Irma : Y faut que tu fasses confiance, y faut que tu fasses confiance à toi-même, faut que tu fasses confiance à ton bébé, pis y faut que tu fasses confiance à ce que tu vis dans ce moment-là pis c'est la bonne chose. [...] C'est la vie, on dirait qui nous parle : [...] y faut juste être là à l'écoute de ça pis de notre corps, pis du bébé pis quand on fait ça, ça peut pas se passer mal, là. Ouin, c'est fort.

« (Me) faire confiance », c'est aussi « prendre le risque » en dépit de l'angoisse que suscite l'inconnu de l'accouchement. C'est une acceptation véritable, engagée et parfois soutenue (voir *Être (bien) accompagnée*) que les femmes ont envers leurs souhaits d'accouchement, tout en demeurant ouvertes, notamment face à l'épidurale.

Hélène : Dans la vie, t'as toujours deux choix, hein? Ou tu embarques dans le train, ou tu le regardes passer. Ben, moi, dans ma vie, j'ai toujours décidé de [...] faire face à la patente, à ce qui pourrait arriver.

Caroline : Quand je te dis que je voulais pas absolument contrôler pis pas avoir d'épidurale pour montrer que j'étais capable de contrôler, j'étais pu là-dedans. J'étais dans [pause] : « Là, c'est une période, un projet de ma vie que c'est pas moi qui décide pis y'a une grosse part de risque. [pause] Énorme part de risque. »

Christine : La péridurale, je suis toujours restée ouverte, par exemple, à l'avoir si jamais ça progressait pas ou si j'étais à boutte, pu capable de rien.

Caroline : En ayant l'accompagnement [...], tu comprends que [hésitation] c'est pas noir ou blanc. J'ai compris que peut-être que j'la prendrais l'épidurale. [...] Tu comprends que c'est incertain l'accouchement, [...] Ce qui a fait un gros [hésitations] « eureka », c'est que tu comprends que tu fais pas un plan de naissance [rires] tu fais des souhaits de naissance.

M'abandonner à plus grand: besoin religieux de transcendance

Définition : « M'abandonner à plus grand », c'est accepter ne pas pouvoir tout contrôler. C'est aller puiser dans le sens de l'accouchement et sa confiance personnelle en s'ouvrant secrètement au-delà du rationnel pour se relier à plus grand.

Les femmes ont différentes croyances mais ne les partagent pas, à cause d'un tabou social :

Kristelle : J'ai mes croyances : dans le sens que je vais croire en l'Âme du monde, [...] je peux même croire en la réincarnation. Je crois que [...] les personnes qu'on aime qui sont décédés sont auprès de nous. Toute ça.

Béa : Je t'en parle parce que je pense que t'es une personne ouverte là-dessus, j'imagine. [...] Mais, ça, j'en parle pas à tout le monde.

Caroline : Y faut pas juste être bête pis dire : « Moi je suis agnostique. Pis athée, pis je vis rien dans ma vie. » [...] À minute que tu creuses un peu...

Eugénie : C'est tabou au Québec la religion pis les croyances, hein, [...] j'allais dire « c'est comme la politique », mais c'est ben pire que la politique. [rires]

Elles témoignent que croire puisse parfois entrer en conflit avec leur raison :

Daphné : Que Quelque chose, peu importe la forme, que cette chose-là me protège, c'est un sentiment que je porte. Mon côté rationnel me dit que non, mais mon cœur parle plus fort, je pense.

Noémie : J'ai pas de spiritualité : je gère les choses quand y'arrivent. Une chose à la fois. Versus :

Noémie : J'ai envoyé ça dans l'univers.

Gabrielle : On se dit plus scientifique que d'autre chose. Versus :

Gabrielle : Du côté spirituel, dans de grosses épreuves pis des affaires de même, je vais demander à mes grands-parents qui sont décédés quand j'étais adolescente : comme, ce côté-là, je l'ai quand même.

« M'abandonner à plus grand » pointe à leur sentiment d'être protégées :

Irma : J'adhère pas à une religion en tant que tel, oui, je crois en quelque chose de plus fort que nous. Mais c'est pas, c'est pas un Dieu pour moi. C'est dur à dire, c'est juste quelque chose qui est plus fort, qui est là, mais je peux pas mettre de mot, je peux pas mettre un vis. [...] je crois qu'y'a d'autres entités en-dehors de l'être humain qui est là pour nous protéger, qui fait de la vie.

Daphné : [Être protégée], c'est un sentiment que j'ai porté toute ma vie. [...] Pis mes deux accouchements en particulier, effectivement, ce sentiment est ressorti. Je mets pas de mots là-dessus, au sens où je me dis pas : c'est [ça].

Béa : Je me le dis tout le temps que j'ai des anges gardiens : [...] je peux pas avoir cette vie-là sans qui aille des gens qui me guident, qui me protègent. [...] Pour avoir vécu, senti des choses, j'ai souvent l'impression que je suis accompagnée. J'ai souvent l'impression que y'a du monde qui sont là. Autour de moi.

Hélène : Ça m'arrive quand même de dire : « Seigneur, aide-moi ! » Tsé ! [...] Souvent, c'est des moments qui sont plus riches en émotions pis je te dirais que j'ai plus tendance à parler à mes grands-parents, mettons, qui sont décédés que à un être quelconque que je ne connais point.

Ainsi, se relier avec plus grand, que ce soit Dieu pour celles religieuses ou encore la force de la nature, leur permet d'adopter une attitude confiante face à l'accouchement :

Julia : Je lui ai dit de faire confiance [...] comme moi j'ai fait, à la vie, pis de mettre ça entre les mains de Jésus, de, de Dieu pis toute ça.

Eugénie : Si Dieu c'est quelque chose d'important dans ta vie pis qui est là pour toi, qui te protège pis c'est quelqu'un en qui tu te confies pis tout ça [...] : je me suis dit que peut-être que c'est pour ça [que] dans le monde chrétien, [...] l'épidurale, c'est quasiment tabou.

Hélène : Ça prend une grosse confiance en la vie pour pas prendre l'épidurale. Pour vrai. Faut que tu aies confiance en la vie pis à ce qui peut arriver. Parce que de prendre l'épidurale, c'est de faire confiance en la médecine et non pas en la vie.

Christine : [La nature] qui est plus forte que nous. [...] Cette force-là, tsé y'en a qui pourraient dire « spiritualité » ou pas, justement comme tu dis le mot est large.

Ce plus grand peut aussi s'inscrire dans une lignée transgénérationnelle et transculturelle :

Hélène : Quand j'ai accouché de ma dernière pis j'étais pas sous épidurale, j'étais vraiment connectée avec moi-même, je parlais avec ma grand-mère dans ma tête : « Aide-moi, je vais y arriver, je le sais, mais t'es là. »

Béa : De dire : « Ok, grand-maman, j'aimerais ça que tu m'aides à ce que ça se passe bien, là. » Tsé. « Aide-moi sur ce coup-là. »

Christine : De savoir qui en a plein qui l'ont fait autour de moi [d'accoucher sans anesthésie] je le savais que ça se faisait pis aucun était traumatisée de leur accouchement pis y'étaient toutes contentes, même ceux qui ont fini en césarienne, de avoir essayé pis d'avoir persévéré là-dedans.

Caroline : Une chose qui m'aidait aussi, qui était très important pour moi, c'est que ça me relie aux autres femmes, [...] tant de mon passé, de ma généalogie, mais des autres femmes dans le monde [qui] accouchent pas avec des épidurales.

Être (bien) accompagnée : besoin relationnel

Définition : « Être (bien) accompagnée » indique que le besoin relationnel peut être de l'ordre du soin spirituel. Un bon accompagnement est celui où la confiance est construite et celui qui oriente les femmes sur leurs propres sensations, sur leur senti, sur le sens qu'elles leur donnent.

Pour plonger, les participantes témoignent longuement de l'accompagnement par la relation de soins, notamment quand il n'est pas possible par leur conjoint.e :

Léonie : Mon chum y'a failli perdre connaissance. [...] je voulais que les infirmières s'occupent de lui.

Eugénie : J'ai un chum très anxieux de nature, très, très, très anxieux.

Hélène : À ma deuxième, je l'ai pris [l'épidurale] [...] parce que son père à elle, à ce moment-là, c'est pas un homme qui m'aurait réconfortée, c'est pas un homme qui m'aurait pris dans ses bras pis aurait faite « c'est beau, ça va passer ».

Par « être (bien) accompagnée », les femmes indiquent le besoin d'avoir construit une relation de confiance avec la personne soignante, notamment basée sur un sentiment d'implication décisionnel au risque de se « dissocier un peu de l'emprise médicale décisionnelle » (Christine) :

Hélène : J'avais envie [...] que la personne qui allait me suivre, j'allais la connaître pis a allait me connaître en tant qu'individu.

Eugénie : T'as tes choix, t'as ta chambre toute seule, pis tsé t'as ton plan de naissance, pis [...] si tu veux pas l'épidurale, tsé, t'as pas de pression. Je trouve que c'est quand même un hôpital qui respecte tes choix.

Irma : Jusqu'à quel point à l'hôpital, y seraient capable de faire : « Non, non, t'es capable »? [...] Le médecin qui est là ou l'infirmière qui est là, tu l'as jamais vu de ta vie. Fait qu'y le sait pas t'es qui, y sait pas ce que tu veux vraiment.

Caroline : « Ok, je vais me battre pour avoir l'accouchement que je veux. Parce que c'est important pour moi, pis dans ma vie de femmes, c'est marquant pis c'est pas vrai que l'hôpital, qu'un système de santé va décider. » [...] C'est un cheminement en continuité avec toute qu'est-ce que tu fais dans ta vie, pis tes valeurs, pis tes philosophies de base.

Appuyées sur une telle relation, les femmes peuvent être ramenée à elles-mêmes par trois volets d'accompagnement en concordance avec les autres dimensions abordées de « plonger ». D'abord, l'accompagnement physique passe par les sensations au-delà du « crise de protocole » (Hélène) :

Irma : On veut tellement supprimer cette douleur-là qu'on permet pas justement aux femmes de le vivre.

Christine : [Mon amie médecin] est marquée par cette histoire-là d'une femme qui voulait accoucher naturel [...] : « A l'a pas de technique de douleur, a sera pas capable. » [...] « Ça devrait être à toi de lui montrer ces techniques-là : c'est toi qui va être là à sa naissance. »

Béa : [L'infirmière] qui est venue dans le 15 minutes de pause, a m'a plus marquée parce qu'a l'a changé ma philosophie que celle avec qui j'ai jaser pis qui m'a accompagnée toute l'accouchement.

Puis, l'accompagnement émotionnel s'actualise dans l'écoute de leurs désirs et de leurs peurs, et en leur remettant leur pouvoir en croyant en elles.

Caroline : Je le sentais qu'ils étaient avec moi pis qui croyaient en moi, la médecin pis l'infirmière, la sage-femme pis mon chum, y croyaient en ma capacité de ne pas demander l'épidurale.

Irma : [Les sages-femmes] m'ont beaucoup remis ça entre mes mains, y m'ont beaucoup donné mon pouvoir, [...] que j'étais capable, que j'étais forte.

Maëlle : [Ma sage-femme] a dit : « C'est le fun, on a une super belle technologie médicale, mais y faut pas juste se fier à ça : moi, je crois en toi, en ton accouchement pis je le sais que tu y crois aussi. » Pis j'étais vraiment confiante là!

Enfin, l'accompagnement spirituel leur ouvre la porte à plus grand et leur permet d'y accéder en respectant leur bulle (voir *Rentrer dans ma profondeur* à la section 4.3.3) :

Hélène : Ma sage-femme a réussi à me faire comprendre [que] oui, ça peut arriver, mais oui, j'ai du pouvoir là-dessus pour pas que ça arrive. Y faut que je le visualise, y faut que je vois que ça va bien aller.

Gabrielle : Les infirmières savent être là tout en s'effaçant.

Ne pas avoir le choix : l'affirmation spirituelle via l'épidurale

Définition : « Ne pas avoir le choix » indique qu'accepter de plonger est parfois circonstanciel et involontaire alors que l'épidurale ne soulage pas et que la seule alternative serait de paniquer.

Certaines circonstances font que les femmes ne peuvent pas être soulagées par l'épidurale. Parfois, elles ne peuvent pas la prendre au moment où elles le souhaitent, ce qui les met en colère de ne pas pouvoir soulager leur souffrance : elles n'y ont pas encore droit (« pas assez avancée », Ambre), elles attendent trop longtemps l'anesthésiste ou il est « trop tard ».

Julia : J'étais à deux doigts de pas pouvoir l'avoir parce que là, l'anesthésiste, y'était en train de manger son lunch lui. [...] Ah! J'étais pas contente : « Aille, y pourrais-tu le prendre take out son lunch! »

Béa : J'étais en grosse douleur, pis là, [l'anesthésiste au téléphone], je l'ai envoyé promener un peu : « Aille, raccroche, tabarnak, là! »

Dans d'autres cas, l'épidurale ne fonctionne tout simplement pas, ou doit être refaite (Françoise) :

Noémie : Y sont revenus plusieurs fois me réinjecter parce que j'étais jamais soulagée.

Léonie : La première, je l'ai pris, a m'a gelé le côté gauche. [...] Côté droit, je sentais toute. [...] La deuxième, ça juste pas marché : ça gelé pis après ça quand ça dégelé [...], ça jamais regelé. Fait que je sentais toute.

Quand le soulagement que doit apporter l'épidurale n'est pas au rendez-vous, certaines participantes disent « ne pas avoir le choix » d'accepter la douleur et la situation, car la seule alternative serait de paniquer :

Léonie : On n'a pas le choix : tsé on est face à une douleur qu'on peut pas gérer, [...] qu'on a pas le choix d'accepter. [...] Rendu là, c'est comment tu vas la gérer. [...] Je le voyais comme, soit que je capote pis je me mets à paniquer parce que j'ai mal pis je peux pas rien faire, ou que je l'accepte pis je le prends le temps que ça passe, que je le gère du mieux que je peux pis après ça, ça va bien aller.

« Ne pas avoir le choix » les amène, par un autre chemin, à « plonger » : elles se parlent, reprennent confiance en se tournant vers elle-même puis éventuellement, se calment.

Léonie : J'avais pas le choix de me gérer moi-même pis d'être plus en contrôle pis d'accepter pis de me parler.

Irma : J'ai paniqué pis un moment donné, je me suis comme résignée pis j'ai fait : « Ok, là, j'ai pu le choix [...] : y faut que j'arrête d'être à l'extérieur de moi. »

Noémie : Quand j'ai senti que je perdais le contrôle, j'ai dit à mon chum : « Plogue-moi sur la musique, y faut que je me recentre. »

Léonie : C'est toi qui fais le choix de c'est une belle expérience ou non. [...] C'est là-dessus que je me concentrais pis ça faisait que ma douleur était moins pire.

Pour plonger, certaines, qui souhaitent accoucher sans épidurale, reproduisent elles-mêmes les conditions que cette voie alternative, pour « ne pas avoir le choix » en mettant des obstacles pour ne pas « succomber » à l'épidurale, pour être persévérante :

Kristelle : Je m'étais donné [un mot de code], [...] le moment que j'allais [le] dire [rires], c'était parce que j'en pourrais pu pis y fallait qui me donnent l'épidurale.

Christine : Je savais que j'étais en maison de naissance, que si je la voulais, fallait que j'embarque dans l'ambulance ou dans l'auto que je transfère. [...] Fait que c'était plus facile de « tougher » entre guillemets, parce que y avait un désagrément avant de me rendre à la péridurale. [...] Tsé, ça prend de la persévérance, pareil.

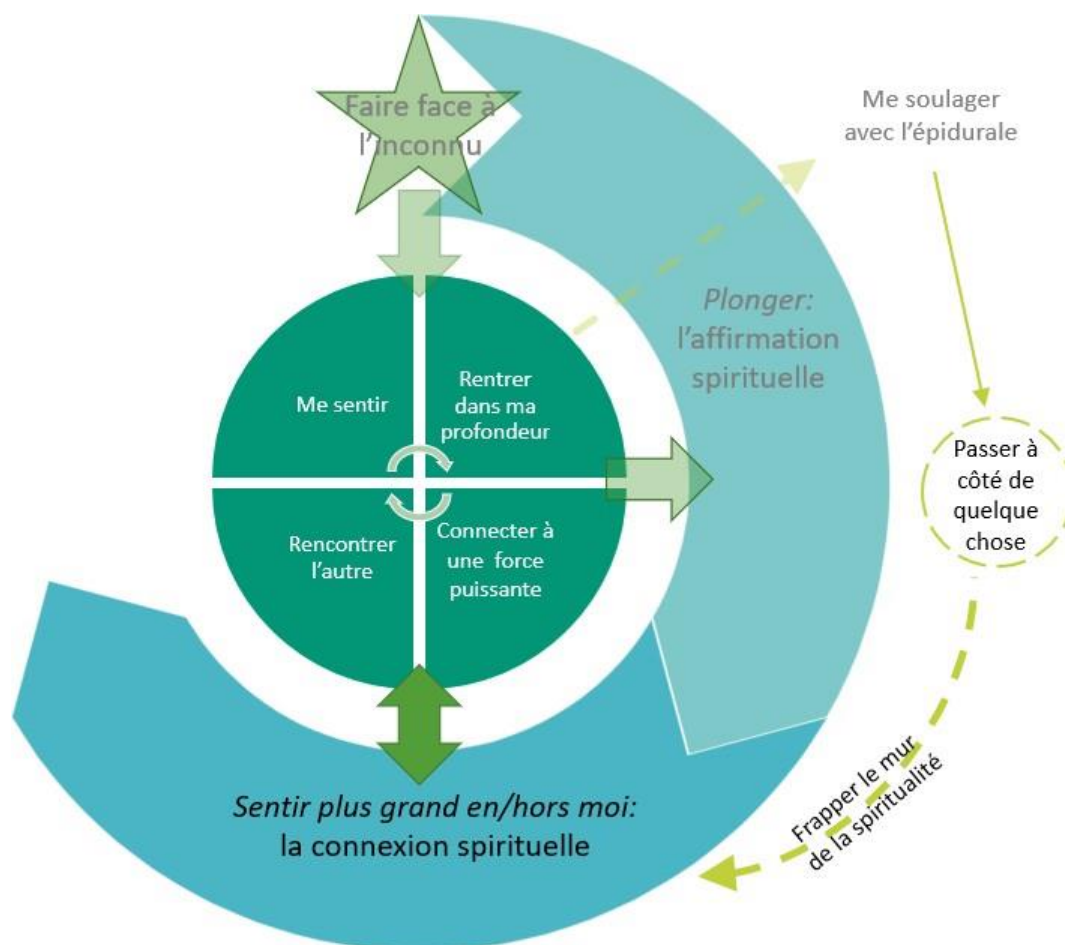
4.3.3 Sentir plus grand en/hors moi : la connexion spirituelle

Définition : « Sentir plus grand en/hors moi », c'est connecter spirituellement à l'intérieur même du corps. C'est faire l'expérience de quelque chose d'une grande puissance, qui dépasse les femmes tout en étant en elles : c'est faire la rencontre de l'inconnu intime.

Béa : Vous allez peut-être vivre des sensations qui vous dépassent un petit peu. Ben, laissez-vous porter par ça. Paniquez pas.

« Sentir plus grand en/hors soi » est une expérience de connexion spirituelle pouvant être vécue dans le processus spirituel. Plus difficile à exprimer pour les participantes, ces expériences, disant-elles, sont à la fois *en* elles tout en les dépassant dans l'origine, la source, de là le *en/hors* et la flèche pointant dans les deux directions dans le schéma entre leur noyau spirituel et l'expérience de connexion (voir Figure 4.3).

Figure 4.3 La catégorie *Sentir plus grand en/hors moi* : la connexion spirituelle et les expériences spirituelles



Si elles peuvent plonger à la source, et plus qu'elles plongent profondément, plus elles augmentent cette possibilité de rencontrer plus grand. Toutefois, le plongeon n'est pas nécessaire à cette expérience : elle peut simplement jaillir de la source en elles. De même, ce n'est pas parce qu'elles plongent qu'elles en font l'expérience : contrairement aux ressources spirituelles auxquelles on peut puiser, l'expérience spirituelle surgit.

À cette étape du processus spirituel de connexion, les dimensions se présentent sous la forme d'expériences spirituelles. Comme plonger, une dimension performative et passive s'y joue alors que les femmes peuvent faire l'expérience de « me sentir » et de « rentrer dans ma profondeur » pour ensuite y « connecter à une force puissante » et « rencontrer l'autre ». Quand cette expérience n'est pas vécue, on dit « passer à côté de quelque chose », et lorsqu'elle n'est pas planifiée ou envisagée, c'est « frapper le mur de la spiritualité ».

Me sentir : expérience de sens

Définition : « Me sentir » indique une condition cruciale de la connexion qui passe par les sensations : c'est faire une expérience métaphysique par l'expérience physiologique. C'est rentrer à l'intérieur de soi (et de la douleur) et être dépassée par cette expérience.

Par « me sentir », les participantes témoignent d'une manière d'avoir accès au sens profond de l'expérience par leur corps, que ce soit dès la grossesse ou intuitivement pendant l'accouchement:

Gabrielle : Apprendre à pas écouter les autres. Pis fermer Facebook.

Caroline : Plus ta grossesse avance, plus que tu te retournes vers l'intérieur pis ce que les gens disent, ce que les gens font, tu t'en fous [...] : complètement tournée intérieur, [...] je pensais à mon sens, [...] je préparais ça.

Hélène : Je me sentais bercée par mon propre corps, c'est étrange à dire là!

Kristelle : T'es vraiment là, présent, pis y'a rien d'autre.

Ainsi, certaines passent d'une vision d'endurer la douleur à l'accueillir; en rentrant en elles-mêmes, la douleur devient paradoxalement plus tolérable :

Béa : [Une infirmière] m'a dit : « Béa, change ta façon de voir les choses : [...] accueille-la, pis quand est finie, c'est une de plus derrière toi. » [...] Je crois que c'est, dans l'accouchement, le 15 minutes qui m'a plus aidé.

Caroline : Je le savais que [...] plus que me détendais pis plus que j'accueillais, moins j'allais avoir mal. Parce que plus que tu te crispes, plus tu résistes, plus t'es fâchée contre cette maudite douleur, plus que ça te fait mal.

Irma : La douleur est pas pareille aussi quand tu rentres profondément à l'intérieur de toi, la douleur devient tellement plus tolérable et gérable. C'est pas la même chose. [pause] Quand t'essaie de fuir, ça devient vraiment douloureux, à l'extrême. Mais quand tu rentres dedans pis que tu acceptes pis que t'essaies de le voir autrement, ça devient beaucoup plus tolérable.

Christine : J'avais vraiment l'image de sa tête qui essayait de descendre [...]. Je sentais vraiment toutes mes sensations, j'étais concentrée là-dessus.

Différentes participantes utilisent l'image des vagues pour décrire ce processus:

Béa : [De] surfer sur la douleur. [...] J'avais vraiment l'impression que la douleur c'était comme des vagues, mais que je vivais ça dans une espèce de bulle noire.

Maëlle : T'embarques sur un bateau pis tu vas faire un grand voyage [...] Si tu penses que tu vas juste pouvoir te mettre face aux vagues pis [rien faire], là, ton bateau peut chavirer. Faut que tu les vives, faut que tu navigues dedans.

Irma : On veut toute pas avoir mal dans vie, c'est pas le fun, mais tu rentres dedans. [La sage-femme] a dit : « Tu rentres dans ta douleur, pis tu la prends comme des vagues pis faut pas que tu essaies de la fuir. »

Toutefois, « me sentir » ne se vit pas seulement comme un geste posé mais aussi comme un trop-plein reçu alors qu'elles sont surprises à « être dépassées par les sensations ».

Hélène : Je croyais sentir mon col dilater. C'est fucké dit de même. [...] Pendant mes contractions, j'étais tellement en-dedans de moi que je voyais mon corps travailler.

Christine : Une fois que la tête est passée, a s'est mis à grouiller dans mon ventre encore vraiment gros, ça été vraiment spécial. [...] Je pense que j'ai éclaté de rire [...] C'était une espèce de continuité : vraiment, était dans mon ventre, pis là, a naissait pis là j'ai vécu un peu les deux, à moitié sortie, à moitié en-dedans, je la sentais encore. [...] De l'avoir SENTIE naître, vraiment le passage, [...] c'est fou à dire, j'aurais jamais cru, mais j'étais contente de la sentir descendre.

Rentrer dans ma profondeur: expérience de paix

Définition : « Rentrer dans ma profondeur » indique le besoin de créer une bulle pour accéder à une paix intérieure. À l'intérieur de celle-ci, on plane tout en étant profondément connectée à soi.

Alors qu'elles étaient un instant plus tôt dans la douleur, les femmes peuvent se créer une bulle où elles ne sont pas, et ne veulent plus, être dérangée par ce qui se passe à l'extérieur :

Béa : Tu te rentres un peu dans une dimension, avant l'épidurale, [...] dans une dimension spirituelle. J'étais comme dans une bulle que je m'étais formée, pis fallait pas me bouger de place, [...] je faisais juste me gérer pis ça allait super, ben j'avais mal mais ça se faisait bien. [...] Y faut que tu te crées un environnement dans ta tête, pis ça, je pense que c'est une dimension un peu spirituelle.

Hélène : Le fait d'avoir pu faire une bulle comme ça, ça m'a tellement permis d'être à l'écoute de mon corps, [...] de me recentrer sur ce que je vivais et non pas de vivre ce qui avait autour. J'étais avec moi.

Kristelle : J'étais comme vraiment dans ma bulle de « je vis ce moment-là avec ma fille pis on va y arriver ».

Bien qu'elles y lient des éléments hormonaux, la question de l'abandon est centrale à cet état difficilement qualifiable: *dans les vapes, transe, état de conscience altérée, planage, état second.*

Hélène : T'as de l'endorphine qui va se faire dans le moment où ce que tu en as besoin, tu vas être capable de te calmer, tu vas être capable de te recentrer.

Christine : Pis là, je me suis sentie vraiment partir dans les vapes.

Béa : La transe dans laquelle tu te mets pour subir les contractions.

Caroline : Les états de conscience altérée, ça les sages-femmes nous en parlent, à l'hôpital, y'a personne qui parle de ça.

Kristelle : T'es comme un peu bozée [rires] de la vie. [...] C'est comme si toute pouvait se passer.

Maëlle : J'étais vraiment gelée raide [rires], [...] c'est un cocktail d'hormones que tu vis pas dans la vie de tous les jours, à jeun.

Les femmes ne sentent pas dans la même réalité que les autres, tout en étant « vraiment là ».

Béa : J'avais pas vraiment conscience de ce qui se passait autour : y'aurait pu avoir une fanfare dans la chambre pis je m'en serais pas rendue compte.

Hélène : Y se parlent, moi, je suis même pas là, je suis partie là, loin, loin, loin. Y se parlent comme pis quand je les entends, c'est comme si j'étais dans une piscine pis j'entendais du bruit à l'extérieur.

Maëlle : Je me sentais comme, tsé quand tu t'endors, mais tu rêves, mais que tu es encore réveillée? T'entends encore ce qui se passe autour mais que tu rêves?

Irma : J'étais toute là, mais en même temps, j'étais très, très loin ailleurs. C'est vraiment difficile à expliquer, mais j'étais pas déconnectée.

Caroline : T'es vraiment là. T'es juste moins dans la salle d'accouchement! [rires] Je sais pas comment dire ça... t'es plus dans ta profondeur, de l'intérieur.

Dans cet environnement sécurisant et capacitant, les femmes peuvent « toucher une paix intérieure », un espace de répit :

Irma : Pis là, je suis allée [...] aller puiser dans le fond de moi-même pis c'est là que mes endorphines ont embarqué. J'ai accouché 15 minutes plus tard, parce que j'étais comme relaxée, j'étais calme pis j'essayais pu de contrôler ce qui se passait.

Caroline : C'est une zone de réflexion profonde. De sens profond. C'est comme si tu te retires parce que c'est tellement important ce que tu es en train de faire. [...] Pour moi, c'était que j'ajoute une profondeur à ma personne, là. [...] J'étais juste dans une autre couche, plus profonde, pis là, le sens, y'est important. [...] C'est effrayant, mais moi je m'en allais réfléchir, je m'en allais sentir que je devenais mère dans cette zone-là. Fait que[...] j'étais bien, c'était chaud.

Là, elles sont surprises par la facilité de l'accouchement, l'absence de panique ou de douleur :

Irma : A dit : « T'es complète. » « T'es sûre? Ça se peut pas, je me sens pas là, là, attends là, j'ai même pas paniqué! »

Maëlle : Là, a dit : « Y'est à ça, tu peux me le pousser. » J'ai faite : « Hein? Hein, déjà! J'ai pas eu mal, ça se peut pas! [rires] J'ai pas eu assez mal encore! »

Kristelle : Honnêtement, tsé autant je te disais qu'à mon premier avec l'épidurale, [...] je sentais que ça tirait, ça l'étirait. Puis à elle, [sans épidurale] j'ai absolument rien senti, j'ai juste senti un moment donné un « pow » tsé la tête qui a sorti, pis après, j'ai rien senti.

Connecter à une force puissante : expérience de transcendance

Définition : « Connecter à une force puissante » indique l'expérience spirituelle d'une puissance qui amène à se dépasser tout en s'abandonnant. Cette expérience se vit à la fois en soi alors qu'on se découvre plus forte qu'on le pensait, mais aussi plus profondément lorsque confrontée à quelque chose de plus grand que soi.

Les femmes parlent d'abord de « connecter à une force puissante » en parlant d'elles-mêmes, alors qu'elles se découvrent plus fortes qu'elles le pensaient avant l'accouchement et qu'elles sentent leur puissance qui leur apportent une fierté d'avoir « accouché moi-même » :

Kristelle : Sans rien. Sans même, pas d'ambulancier, pour me rassurer.

Maëlle : Je l'ai faite moi aussi toute seule! Pas besoin de docteur! Pas besoin de piquûre, rien!

Maëlle : C'est la force que tu as, que tu te rends compte que t'as.

Christine : J'étais vraiment contente de vraiment l'accoucher comme moi-même, pis décider moi-même quand je poussais selon vraiment mes feelings.

Certaines vont aussi « confronter quelque chose de grand » qui les dépassent, que ce soit une simple présence ou une puissance incroyable qui les traversent :

Irma : [La spiritualité], c'est la force intérieure que tu vas chercher pour traverser ça. Pis de te dire que tu es capable, pis que t'es forte. [...] Y faut que tu ailles à l'intérieur de toi, au plus profond pour être capable de passer au travers de cette

belle épreuve-là, même si ça fait mal, pis même si faut que tu ailles au-delà de ça. C'est plus loin que la douleur, c'est plus loin...

Caroline : Je suis allée dans certaines zones de profondeur que chu je suis pas très allée dans ma vie, pis ça m'a permis d'aller là. C'est-tu ma spiritualité qui est là? Tsé, oui, non c'est pas [...] quelqu'un avec des super pouvoirs qui a organisé d'en-haut, mais c'est quand même arrivé.

Béa : Y'a rien qui se compare à un accouchement, en termes d'intensité. Moi, j'ai jamais vécu autre chose d'aussi intense qu'un accouchement. J'ai couru des demis-marathons, faite des treks, comme je te disais, j'ai fait des voyages...

Christine : La naissance, y'a quelque chose de grand pareil de donner naissance.

C'est l'expérience de quelque chose de si puissant que magique.

Irma : C'est vraiment une expérience [...] vraiment puissante : c'est au-delà de ce qu'on connaît, c'est au-delà de ce qu'on pense que c'est un accouchement, [...] c'est plus fort que soi.

Christine : Je trouve que vivre cette naissance, je pense que c'est magique.

Maëlle : C'est trop magique comme feeling. Ouin, l'accouchement, la rencontre, la découverte, les premiers jours, la lune de miel.

Béa : La magie, l'espèce de « ok, là, je suis confrontée à quelque chose de vraiment grand ». Donner la vie, c'est, c'est, c'est [hésitation], c'est wow!

Rencontrer l'autre : expérience de relation

Définition : « Rencontrer l'autre » témoigne de l'expérience de connexion spirituelle qui peut être vécue entre deux personnes. Cela peut passer par le sentiment de faire équipe avec les soignants ou par cette union avec l'enfant qui suscite un émerveillement profond.

Faire équipe, c'est se sentir comprise par les personnes soignantes et constater leur investissement dans le bon déroulement de l'accouchement :

Maëlle : Quand je lui demandais [à ma sage-femme]: « C'est quoi la prochaine étape [...] ? » Elle a dit : « La prochaine étape, c'est de décrocher de ta tête. Vis tes contractions, tu le sais comment, ça va bien se passer, t'es capable. »

Caroline : On dirait que [les membres de l'équipe de soins] se sont données, y voulaient. Y se disaient : « Elle, a se donne, fait que nous aussi on va se donner parce que cette femme-là, elle a besoin de nous, on croit en elle pis faut l'aider. »

Les participantes disent aussi se sentir unie, voire fusionnée, à leur enfant à qui elles parlent et qui les guident lorsqu'elles sont à l'intérieur d'elles-mêmes, ouvertes à lui :

Kristelle : Pendant ma grossesse, j'y parlais plus à haute voix, mais pendant l'accouchement, c'était vraiment toute dans le cerveau, c'est toute intérieur.

Caroline : C'était de vrais symboles : [...] j'étais en train de m'ouvrir à mon bébé.

Hélène : De façon médicale, c'est la femme qui fait l'accouchement, le bébé fait rien. Quand tu te connectes à toi-même, ton bébé aussi travaille fort. [...] J'ai été capable de me connecter avec elle, faire : « oui, ok, on travaille ensemble, vas-y, on est capable. » [...] Parce que j'étais capable de plus d'introspection...

Irma : Quand je suis en contraction, je suis connectée avec mon bébé pis je lui parle à l'intérieur de moi. [...] Je le sens qu'est-ce qui faut que je fasse, comment je dois me placer, quelle position je dois adopter, mon corps me le dit, mon bébé me le dit. [...] J'en parle pis ça me... [émotion forte]. [...] On était vraiment connectés.

Maëlle : Je lui parlais, j'étais vraiment en fusion avec lui.

Dans cette union, il y a, comme le dit Béa, un « déplacement perceptuel » du fait que je considère que mon enfant est « la plus belle chose au monde », mais que rationnellement « c'est vraiment pas beau ». L'émerveillement est particulièrement durable lorsqu'elles sentent l'accouchement :

Béa : Quand qui te mette le bébé, on dirait qui a pu rien qui existe autour : [...] c'est comme quasiment une méditation pleine conscience involontaire. [...] C'est vraiment de s'attarder au moment présent pis de vivre plutôt que d'anticiper ta vie.

Hélène : Y te parlent de connexion magique, là, les deux premiers [sous épidurale], je l'ai pas senti tout de suite. Pour vrai. Elle, je l'ai pris sur moi pis je suis retombée dans une bulle avec papa pis le bébé, y'a pu rien autour qui existait, c'était le bébé.

Irma : Je me réveillais pis je la regardais pis je pleurais! De gratitude [rires] envers la vie. Comment elle était merveilleuse pis comment on avait vécu quelque chose de fort ensemble.

Maëlle : Je me suis mis à tripper avec mon bébé, pis à trouver que c'était dont le plus beau bébé du monde. [...] Je me réveillais en braillant parce que je la trouvais trop belle, trop parfaite.

Passer à côté de quelque chose : un accès limité à l'expérience spirituelle lié à l'épidurale

Définition : « Passer à côté de quelque chose » témoigne de l'expérience de manque vécue avec « ne plus me sentir ». Bien que l'épidurale puisse pallier cette souffrance, elle limite aussi, sans l'empêcher, l'accès à l'expérience spirituelle en ce que les femmes sont ainsi partiellement coupées de leurs sensations, composante centrale de l'expérience.

Les participantes qui entrent dans le processus spirituel en ne prenant l'épidurale se demandent si les autres savent ce qu'elles manquent.

Irma : On a l'air un peu débiles : « Voyons là, ok, tu trippes toi! T'as eu mal, mais t'as aimé ça! Mais voyons t'es folle! » [...] Mais c'est parce que toutes les femmes puissent vivre ça, là! Je trouve tellement que manquent quelque chose là! [...] Est-ce que tu es conscient de ce que tu manques ou pas?

Maëlle : C'est un beau buzz, mais tu revis pas ça, jamais. [...] J'ai de la misère à comprendre celles qui prennent l'épidurale.

Christine : Je peux pas dire que c'est agréable comme sensation, mais je suis contente de l'avoir vécu cette transition-là. Tsé qu'a passe de ma bédaine à mon ventre directement sans avoir senti son passage, on dirait que aurait un vide ou un manque.

De fait, certaines participantes ayant pris l'épidurale parlent d'une expérience de manque, d'être « passées à côté de quelque chose »; l'épidurale peut limiter l'accès à l'expérience en ce que les femmes sont ainsi partiellement coupées de leurs sensations, composante centrale de l'expérience. Françoise dit qu'avec l'épidurale « on brise la magie », que « c'est pas ça la vie », qu'on est « faites pour passer par là ». D'autres le constatent plus tard en ayant un point de comparaison et peuvent alors vouloir faire différent la prochaine fois, voire « essayer sans » :

Irma : Non, t'es tellement pas connectée pendant l'accouchement avec ton bébé. [...] tu vis pas les mêmes choses que ton bébé à ce moment-là, tsé t'attends pis tu jases pis tu ris, mais t'as aucune idée de ce qui se passe dans ton corps, t'as aucune idée de ce qui se passe avec ton bébé [...] Dans ma tête, j'avais eu un bel accouchement [mais] si je compare à ce que j'ai vécu après, c'était très plate comme accouchement, disons.

Hélène : J'avais plein d'affaires que j'étais obligée de faire, mais que j'avais pas envie de faire. Peut-être qu'avoir pu écouter mon corps pis de me dire : « Ok, moi, je suis ben à quatre pattes à terre », ça aurait changé beaucoup de choses.

Julia : Si j'en avais un autre, probablement j'essaierais sans [épidurale].

Le récit d'Eugénie reprend ces éléments du manque spirituel : de longs extraits sont tirés pour témoigner de l'ensemble de la réflexion.

Eugénie : Y'a quelque chose d'irréel un peu. C'est comme si t'es supposée de la sentir, t'es supposée de vivre cette douleur-là aussi. C'est comme t'accouches, pis [tu te dis] : « c'est-tu vraiment ça?! Je suis dilatée à 10, ben là, y faut que je pousse ». Mais t'es tellement pas [...] c'est comme irréel, parce que tu sens pas là.

Eugénie : Je me souviens qu'à [mon fils], y m'ont donné le bébé pis c'était : « Mais vous êtes pas contents? » Mais j'étais super contente! Mais vu que t'as pas l'expérience, tsé dans la souffrance, on grandit, [...] ça décuple les émotions aussi. [...] L'espèce de : « Ah! » de soulagement pis de joie pis de d'émotions, pis de sentiment de réussite. [...] J'ai l'impression, souvent c'est proportionnel : [...] y'a

pas moins de sens, tsé chu pas moins une mère [...] mais cette espèce d'expérience-là [...] est comme moins forte.

Eugénie : Quelqu'un [qui] a accouché de sa première avec l'épidurale pis la deuxième a l'a pas eu le temps m'a dit : « Ça VRAIMENT été une expérience spirituelle FORTE. » [...] Parce qu'un moment donné, [...] t'as pas le choix de juste t'en remettre à Dieu, tsé si t'es croyante, à un moment donné quand toi, t'en peux pu [...] pis tsé t'as peur.

Eugénie : Je veux toute contrôler [...] quand j'oublie Dieu. C'est des moments où y faut que je fasse : « R'garde, là. Je suis en contrôle d'une partie, mais pas toute non plus. » [...] D'aller prier, ou d'aller lui demander de me guider là-dedans [...] c'est pas toute sur mes épaules non plus, dans remettre un peu à Ses pieds.

Eugénie : L'épidurale, j'en parle positivement, mais [...] j'ai l'impression de pas avoir vécu quelque chose [...] comme si l'expérience avait pas été complète. [...] C'est comme un autre expérience. [...] Je me dis : « Peut-être le troisième, je le ferais [accoucher sans épidurale]. [...] Voyons, pourquoi je le ferais? » [...] J'en venais toujours à : « J'aimerais ça vivre cette expérience-là. » Y'a comme, c'est comme si y'a quelque chose que je me suis privée de vivre. Pis que je me dis : « C'était par peur. »

Le sentiment de « passer à côté de quelque chose » peut être lié à aux problèmes postnataux comme la dépression postpartum et d'attachement dont témoignent certaines participantes:

Gabrielle : L'attachement, ça s'est pas fait tout de suite pis avec le recul, je pense que j'ai fait un postpartum.

Léonie : [Mon premier accouchement sous épidurale] avait bien été, mais je la voulais pas [ma fille] tout de suite. Je l'ai pris, mais la première semaine, c'est mon chum qui s'en est occupé, je voulais rien savoir, j'étais trop épuisée. [...] [Pour la deuxième], ça comme été correct : je l'ai comme acceptée tout de suite si on veut, même si j'avais eu vraiment plus mal. Tsé des fois tu fais le lien que ça fait plus mal, tu veux déléguer un peu, mais elle, ça l'a été l'inverse.

Néanmoins, ce n'est pas parce que les femmes prennent l'épidurale qu'elles ne peuvent pas vivre le processus spirituel. D'une part, cela peut être vécue avant l'épidurale, par exemple, avoir longtemps « plongé » avant de demander l'épidurale : accoucher peut amener plusieurs itérations. D'autre part, l'épidurale n'a pas un effet irréversible sur le processus spirituel qui peut être réintégré à chaque étape comme ici par « frapper le mur de la spiritualité ».

Frapper le mur de la spiritualité : l'expérience involontaire peu importe l'accouchement

Définition : « Frapper le mur de la spiritualité » indique qu'on peut entrer dans le processus spirituel de manière non-planifiée, involontaire par une expérience spirituelle qui surgit. Rien de

peut empêcher l'expérience spirituelle, qui ne dépend pas du désir de chacune, ni des limites imposées par « me soulager avec l'épidurale ».

En plus de différentes dimensions de l'expérience spirituelle décrites plus haut, on souligne ici son caractère indépendant et imprévisible que n'empêche pas l'épidurale. « Me soulager avec l'épidurale » limite son accès en ce qu'elle coupe les femmes, du moins partiellement, de leurs sensations, composante centrale de l'expérience, et parfois de leur senti. Ce faisant toutefois, elle coupe aussi du contact avec des expériences qui les dépassent, de l'expérience spirituelle.

Béa : [Avec l'épidurale] tu deviens lucide, tu sors de cette transe.

Eugénie : J'aurais pu le vivre spirituellement, mais je l'ai pas vécu beaucoup, c'était pas connecté tant que ça. [pause] [...] C'était moi qui était en contrôle, moi je gérais les affaires, mon accouchement, [...] y'a pas eu ce moment d'abandon que peut-être la souffrance amène des fois.

Néanmoins, l'intention ou le choix de prendre l'épidurale n'empêche pas de vivre une expérience spirituelle : « frapper le mur de la spiritualité » indique ainsi que même si les femmes ne s'y préparent pas, cette expérience peut les surprendre. C'est le cas de Kristelle qui accouche de manière imprévue à la maison alors qu'elle prévoyait prendre l'épidurale:

Kristelle : Ça fait partie de ma personne d'être un peu peureuse, avoir peur de l'inconnu, de pas vouloir sortir de ma zone de confort, de vouloir accoucher au CHUS parce que je savais qu'il y avait des médecins, je savais qu'il y avait l'épidurale, je savais que j'avais comme toutes les options pour moi. Fait que c'était comme pas logique que je fasse tout ça.

Quand l'épidurale ne soulage pas sa douleur, Françoise est surprise de se voir zen, 100% dans ses respirations profondes rapides, (elle fait le geste avec sa main qui descend de la bouche au ventre et qui remonte, les yeux fermés), dans sa bulle, plus en contrôle d'elle-même que jamais : elle ne se reconnaissait pas. Le fait de « sentir toute » peut s'avérer positif même si imprévu :

Léonie : C'est niais, mais j'ai réalisé que j'aimais mieux pas de péridurale parce que je me sentais. [...] Oui, ça fait mal, mais je me sentais toute.

Noémie : Le fait que j'avais eu toute cette douleur-là, l'épidurale avait pas marché, pis que finalement je l'avais toute senti au moment de pousser là! C'est ça le positif de ne pas avoir l'épidurale : tu sens toute!

De plus, bien que les limitant, l'épidurale peut aussi laisser certaines sensations aux femmes, qui peuvent favoriser un sentiment de force intérieure...

Hélène : J'ai dit à l'anesthésiste : « Gèle-moi pas au complet, là. [...] Fais juste me geler cette partie-là qui fait mal. Le restant, je m'en fous. Je veux toute sentir, ça me dérange pas. » [...] J'ai senti le passage, j'ai senti ma bédaine se contracter, j'ai toute sentie, sauf mes os de bassin, pis c'était bien parfait.

Eugénie : Je les sentais les contractions : [...] y'avait comme une douleur-là qui était quand même là [malgré l'épidurale]. [...] J'étais contente de pouvoir avoir cette espèce de pouvoir-là de pousser au bon moment pis de sentir un peu mon corps. [...] Je sentais quand même, que je le vivais pis que je l'ai mis au monde.

Enfin, peu importe le type d'accouchement, les femmes peuvent « frapper le mur de la spiritualité » lorsque l'enfant est déposé sur elles; le contact remplissant les sens et les plongeant de manière involontaire dans l'émerveillement.

Gabrielle : Toute le rush d'émotions est sorti tout d'un coup.

Béa : Je me rappelle l'émotion que tu vis quand y te le dépose sur toi : [...] c'est comme si justement tu frappais le mur de la spiritualité : tu te rends compte qui a vraiment quelque chose de grand qui vient de se passer. [...] Quand tu ramasses ce petit paquet-là qui sort de toi pis que y'est plein de liquide, [...] de vernix, de gras de bébé, pis que tu trouves qui sent bon [...]. L'accouchement, t'as pas le choix, tu t'émerveilles parce que, merde, c'est vraiment intense pis [...] tu choisis pas de t'émerveiller, ça vient! [rires]

4.3.4 Accoucher de moi-même : la transformation spirituelle

Définition: « Accoucher de moi-même » indique que si on associe spontanément l'accouchement avec la naissance à un enfant, il peut être une fin en soi, la fin d'un processus spirituel où la femme accouche aussi d'elle-même. Cette transformation spirituelle amène de nouvelles perspectives sur l'accouchement, sur soi, sur les autres, sur la vie, sur l'Autre.

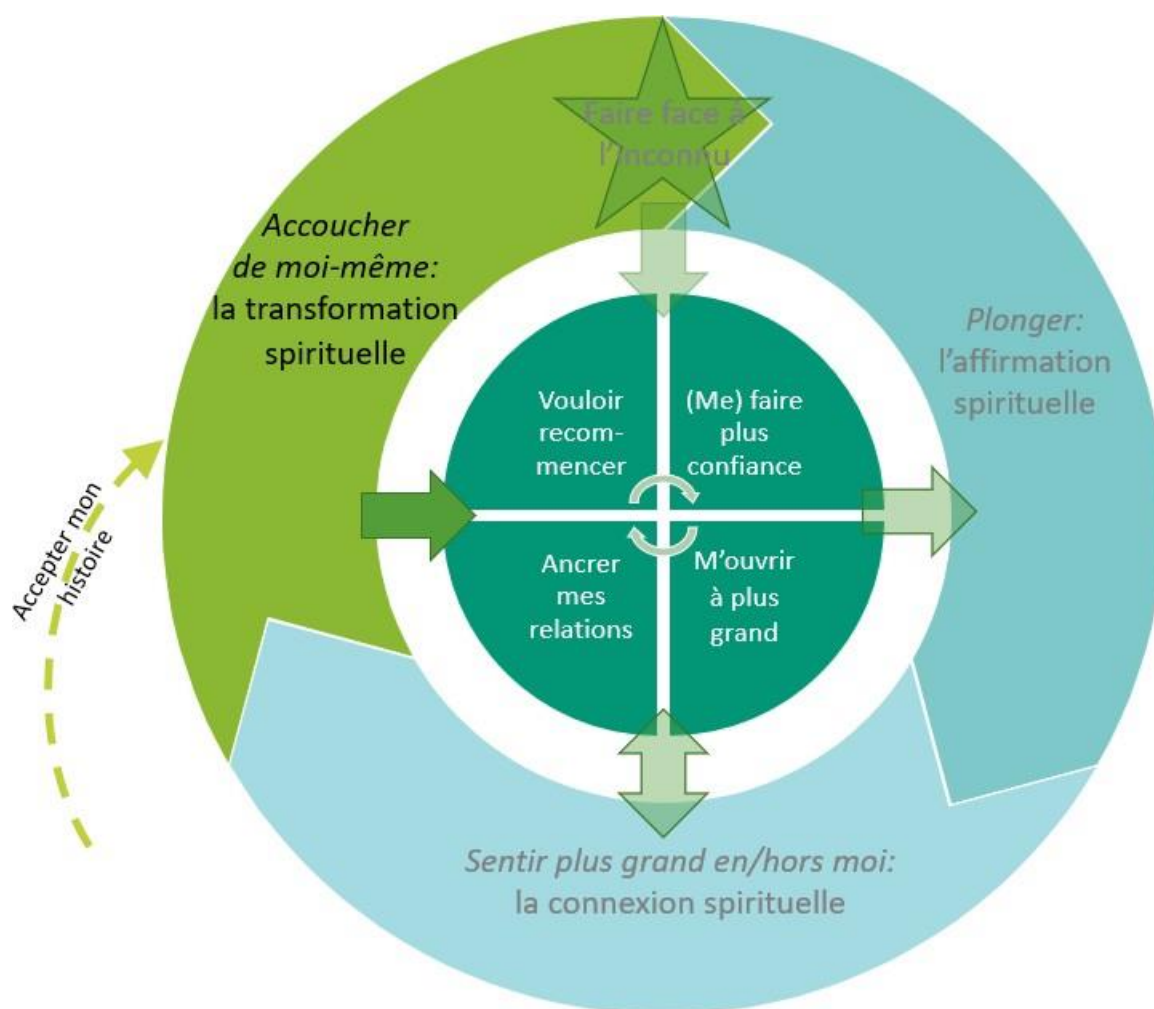
Caroline : Les gens disent : « Oui, c'est le jour le plus important de ma vie ». [...] Mais faut que ça aille une transformation pour de vrai. [...] Y'a un bébé qui a sorti de toi, mais c'est comme vraiment plus big que ça [longue pause].

« Accoucher de moi-même » est l'ultime étape du processus spirituel : c'est la transformation spirituelle. Plus qu'elles plongent, et si qu'elles connectent avec plus grand, plus elles se transforment en profondeur.

L'accouchement n'est pas alors que la naissance d'un enfant, mais aussi de renouvellement de soi. Comme un rite de passage, l'accouchement peut amener les femmes à se repositionner dans leur vie et être mieux positionner lors d'une prochaine rencontre avec l'inconnu, notamment dans l'expérience immédiate du devenir-mère.

Les dimensions s'y présentent sous la forme d'ajout, de renouvellement et de nouvelles perspectives, tel que l'indique la flèche qui retourne au centre (voir Figure 4.4). Ainsi, les femmes peuvent changer de perspective: i) sur le sens de l'accouchement (« vouloir recommencer »); ii) sur elles-mêmes (« (me) faire plus confiance »); iii) sur leur relation à plus grand (« m'ouvrir à plus grand »); et iv) sur leur relation avec les autres (« ancrer mes relations »). Finalement, peu importe l'expérience vécue, elles peuvent accoucher d'elles-mêmes si elles peuvent « accepter mon histoire ».

Figure 4.4 La catégorie *Accoucher de moi-même* : la transformation spirituelle et les nouvelles perspectives spirituelles



Vouloir recommencer : plus de sens

Définition : « Vouloir recommencer » indique le sens nouveau ou renouvelé que l'on a de l'accouchement, mais aussi de manière plus existentielle, de la vie. Même si cela demeure « faire face à l'inconnu », les femmes peuvent vouloir revivre une telle expérience, alors que le désir est plus grand que la peur, l'angoisse et la panique.

Avec l'expérience, mais aussi avec le processus spirituel vécu, il y a une diminution de la peur et de la panique liées à l'inconnu. Toutefois, plus profondément, c'est leur perspective sur l'accouchement qui se transforme alors qu'elles parlent rapidement de vouloir recommencer:

Christine : [Mon chum] m'avait, je pense dans les premières minutes, si j'en voulais un autre, [rires] pis c'était correct.

Eugénie : Je me souviens les deux fois, j'aurais recommencé le lendemain. J'ai aimé ça accoucher : [...] c'est la confiance, l'espèce de paix, pis l'espèce de [...] fierté pis un sentiment d'accomplissement, [...] pis d'émerveillement pis de joie.

Certaines envisagent l'accouchement avec sérénité, et pour d'autres, le désir de revivre cette expérience, de replonger plus profondément encore, peut devenir plus grand que le désir d'enfant :

Hélène : J'avais pas peur d'accoucher. À [la troisième], j'étais sereine avec ça.

Irma : Moi, j'aime ça accoucher : je suis vraiment folle de même! [rires] J'en veux pu d'enfant, c'est clair, mais j'ai un deuil de pu vivre ça! [...] Y'a rien dans nos vies qui peut accoter ça.

Maëlle : Je voudrais accoucher toute ma vie, mais je ne suis pas sûre que je veux toutes les élever!

C'est que l'accouchement donne du sens à l'existence en ce qu'il marque une vie :

Caroline : Ça va rester toujours gravé dans ma mémoire, [hésitations] quand y se passe dans le bassin pis y sort, ça va toujours, toujours rester.

Kristelle : Pour l'instant, c'est les deux plus belles expériences de ma vie.

Irma : Quand t'as réussi à le faire, pis que tu découvres ton enfant, pis que vous venez de traverser ça ensemble. [...] Les premiers jours après, t'es vraiment sur un gros high, de bulle assez intense.

Cette expérience peut ainsi amener à développer une nouvelle vision de la vie, plus ancrée :

Irma : J'ai une autre vision de la vie aussi. Je trouve que ça nous ancre plus dans les vraies choses, [...] la puissance de la vie, de ce qu'on vit sur la terre. [...] Je me sens comme plus ancrée avec [hésitation] ce que la terre a à m'offrir, je me sens plus ancrée avec la nature. [...] Je fais confiance, je suis moins dans l'extérieur.

(Me) faire plus confiance : plus de paix

Définition : « (Me) faire plus confiance » indique une nouvelle vision, plus positive et confiante, que les femmes ont envers elles-mêmes et envers l'ensemble des femmes après avoir vécu le processus spirituel de l'accouchement. C'est une transformation associée à une diminution de la peur et de l'angoisse vers plus de paix et d'espoir.

Christine : Les approches, les techniques pis toute, ça revient tout le temps à ça : faire confiance, laisser aller, être dans notre bulle, se centrer sur la naissance.

« (Me) faire plus confiance », c'est d'abord changer de vision envers soi, alors que les femmes découvrent une nouvelle facette d'elles-mêmes et se surprennent à être plus fortes qu'elles ne le pensaient, surtout chez celles qui accouchent sans anesthésie mais pas seulement :

Irma : C'est un cheminement aussi. Je pense qu'au fil des accouchements, quand t'en as plus qu'un [...] tu découvres des choses sur toi pis tu te sens plus forte.

Béa : C'est un dépassement, écoute, c'est comme 22 marathons en l'espace de quelques heures. Au niveau de ce que tu vis comme douleur, comme émotion.

Hélène : Moi, j'ai réalisé ma réelle force après mon accouchement. J'ai faite comme : « Ok, je suis vraiment forte dans la vie là! »

Kristelle : Sur le coup, je me suis sentie comme une héroïne [rires]! [...] C'était une fierté d'avoir réussi à faire ça. [...] Ça m'a changé [...] dans le sens que je me suis rendu compte que j'étais beaucoup plus forte que je pensais. [...] Je suis fière, autant pour un que pour l'autre, de mes deux accouchements, à mon premier de m'être rendue au bout de ce que j'étais capable de donner [avant l'épidurale].

Cela amène aussi à une nouvelle compréhension de l'ensemble des femmes en général :

Caroline : Au début, j'avais comme une intuition qui avait une force là, mais je le savais pas : mais là je le sais! [rires]

Irma : Ça m'a transformée comme personne. Ça m'a rendue plus forte. Je le sais que je suis capable de faire. J'ai comme une autre vision de la femme aussi. [...] C'est assez exceptionnel, ce qu'on a la chance de vivre.

L'histoire d'Irma, d'un accouchement à l'autre, est révélatrice de ce gain de confiance :

Irma : [À mon premier], j'en voulais pas d'épidurale! [...] Mais j'étais pas, je pourrais pas dire que j'étais solide, là-dedans.

Irma : [Si j'avais repris l'épidurale pour ma deuxième] ça m'aurait envoyé quoi comme message encore? Que j'avais pas été capable, que, dans le fond, c'était pas pour moi. [...] Mais, je l'ai faite à [ma deuxième], pis après ça, c'était clair! [...] Un coup que je l'ai fait une fois, je savais vraiment c'était quoi pis je le savais aussi ce que ça apportait en tant que dans mon être pis tout ça.

Irma : Je pense que j'en vivrais un autre pis je serais encore meilleure : [...] je serais encore plus à l'intérieur de moi, [...] j'irais encore plus profond, peut-être.

Si pour certaines, cette transformation peut s'inscrire dans une continuité, un approfondissement de ce que qu'elles étaient auparavant, pour d'autres, cette nouvelle vision amène à une diminution de la peur et à une augmentation du lâcher prise dans leur quotidien.

Caroline : Pour moi, c'était une continuité de ma vie, de mon corps, c'était un événement de mon corps, un des plus intenses qui va avoir à vivre dans sa vie, fait que je voulais vraiment le vivre.

Léonie : Je suis une personne ULTRA anxieuse : les crises de panique, je prends des médicaments[...]. Pis mes deux accouchements, j'ai vraiment géré, j'ai pas faite de crise de panique [...] J'ai appris que je pouvais justement mieux gérer mon stress : [...] mes crises de panique ont vraiment diminué par la suite. [...] Ça l'a vraiment changé gros des choses par rapport à ça.

Léonie : Avoir mes deux enfants, pis mes deux accouchements, c'est vraiment ça qui a montré que je pouvais pas gérer ce qui se passait tout le temps. Fait que aussi ben lâcher prise pis arrivera ce qui arrivera.

M'ouvrir à plus grand : plus de transcendance

Définition : « M'ouvrir à plus grand » indique que l'accouchement est une expérience de transformation de la vision face à plus grand, à l'Autre. Le processus de « faire face à l'inconnu » et la souffrance ainsi confrontée amène un renouvellement spirituel.

Aucune participante ne témoigne de croyances spirituelles qu'elles auraient aveuglément adoptées. Elles ont dû confronter celles-ci à leur raison, même lorsqu'elles choisissent de croire ce qu'on leur a inculqué, dans l'univers chrétien pour Eugénie, par exemple, ou pour Kristelle :

Kristelle : [Ma mère] est du genre un peu bouddhisme, méditation mais [...] c'est comme too much pour moi, mais j'ai pris ce que je voulais : [...] je suis une personne beaucoup intuitive, d'énergies pis tout ça.

Les femmes nomment le besoin de vivre des expériences pour croire, une expérience hors de l'ordinaire, souvent intimement liée à une période difficile de souffrance. Partir en voyage est souvent lié à ce type de contextes particuliers d'ouverture à plus grand.

Daphné : Je pense que j'étais fermée à l'idée d'avoir une spiritualité avant parce que [...] je me définissais comme une intellectuelle, pis pour moi une intellectuelle n'avait pas vraiment une vie spirituelle : j'opposais vraiment les deux. Je me suis rendu compte qu'en fait, non ça peut même aller très bien ensemble [...] quand on a fait plusieurs séjours de méditation, yoga. Des semaines complètes en [...] en silence complètement. Fait que forcément, ça connecte avec quelque chose.

Christine : J'avais vraiment une « philosophie » entre guillemets, une approche très matérialiste. C'est des molécules qui a des liens entre eux pis très scientifique. [Dans cette période difficile] j'ai lu beaucoup justement sur plus le bouddhisme. [...] j'ai découvert justement ça en allant [en voyage en Asie].

Béa : Pis à partir de [cette expérience spirituelle en voyage], j'ai eu l'impression que ça l'a ouvert une porte dans mon esprit : j'étais super sensible à pleins d'émissions spirituelles. J'arrivais quelque part, je sentais tout de suite les énergies négatives, ou positives, ou c'est là que j'ai commencé à sentir que j'avais du monde, des anges, des esprits ou whatever comment t'appelle ça.

L'accouchement reproduit plusieurs conditions de ces expériences transformatrices du voyage : sortir de l'ordinaire, faire face à la souffrance, se découvrir dans un nouveau contexte, etc. Elles parlent ainsi, dès la conception ou lors de la grossesse, de miracles qui défient la médecine.

Hélène : Je suis tombée enceinte, comme un miracle.

Julia : C'est mon bébé miracle. Pis je le sais que, en-haut, c'est sûr qui a eu un impact, c'est sûr, sûr, sûr. J'ai senti toute le long de ma grossesse que y'avait quelqu'un. Pis aussi, j'ai perdu ma grand-mère pendant ce temps-là. [...] Pis tout le monde dans ma famille le disent, c'est comme : c'est le bébé miracle pis y'a un peu de mamie là-dedans.

Daphné : Si j'avais pas eu ce réflexe-là d'aller à l'urgence, j'avais pas pris ma pression par hasard, ben peut-être mon enfant y'aurait des grandes séquelles, peut-être qui aurait pas survécu. Pour moi, y'a comme un miracle là-dedans.

Cela peut être une expérience spirituelle de connexion avec plus grand, de gratitude :

Eugénie : Pour moi, c'est un cadeau de Dieu. Je me souviens que j'ai clairement remercié Dieu pour cet enfant-là, pis que toute est correct.

Irma : Les trois accouchements que j'ai vécus naturellement, ça vraiment tout le temps été des expériences [pause] qui m'ont tellement fait grandir, qui m'ont tellement appris sur moi-même, qui m'ont tellement... [pause] Je trouve que c'est une expérience spirituelle en soi. C'est vraiment quelque chose qui est plus fort que nous, [...] une connexion que t'as avec ton enfant qui est tellement puissante, qui est tellement forte. C'est sûr qui a quelque chose au-delà, c'est sûr que c'est la Vie, là, c'est intense, là, c'est beau, c'est... Ah! [émue]

L'expérience de plongeon et de connexion peut ainsi ouvrir des questionnements spirituels :

Noémie : C'est comme si la vie est ben faite dans le fond. [...] Quand on parlait de spiritualité, tu te dis : « Voyons, y'as-tu quelque chose, quelqu'un quelque part qui nous a mis ça vraiment beau de même pour nous aider, tsé? »

Caroline : J'ai eu plein de petites chances dans mon expérience d'accouchement, je peux pas dire que j'ai pas eu une bonne étoile, là. [pause] J'ai eu de la chance : est-ce que c'est du destin? Est-ce que c'est du timing? [...] y'a une chance que je

peux pas expliquer, mais qui est vraiment incroyable, pis je sais pas comment l'expliquer. Fait que ça, c'est plus grand que nous, mais est-ce que c'est totalement du hasard? [rires] Mélangé avec la nature un peu comment a l'a décidé? J'ai aucune idée.

Caroline : C'est pas spiritu-, ou, c'est spirituel dans le sens que c'est une expérience de changement profond, dans ma vie, ça l'a un grande signification, [...] pis encore aujourd'hui, je pense que ça teinte toute ma façon d'être mère. Mais c'est pas nécessaire- c'est pas rattaché à quelque chose de plus grand que moi, mais oui [hésitations] peut-être.

Christine : L'accouchement naturel aussi, c'est la nature qui reprend le dessus, au-delà de notre rationalité.

Christine : Est-ce que c'est le spirituel, Dieu qui nous a faite de même ? [...] Mais ça revient au même qu'on a été faite pour ça [accoucher].

Suivant cette expérience, certaines nomment ressentir un nouveau besoin spirituel :

Daphné : Dernièrement, je me rends compte qui a un sentiment qui monte en moi, [...] je sais pas quelle forme qui faudrait que ça prenne, mais je sens que ce besoin de recueillement-là est pas comblé en ce moment. Ça prend de l'espace quand même pour juste poser des questions, trouver des réponses.

Ancrer mes relations : plus de relation

Définition : « Ancrer mes relations » indique que vivre pleinement l'accouchement peut fortifier la relation des femmes qui accouchent avec ceux qui étaient présents, notamment avec l'enfant, mais aussi changer l'ensemble des relations personnelles et professionnelles.

Plusieurs types de relations se transforment dans l'accouchement, avec les personnes présentes. L'attachement que les femmes témoignent envers les soignants se perçoit dans la façon qu'elles réfèrent à eux : alors qu'elles le font de manière impersonnelle (« y ») lorsque le soin est moins spirituel, lorsque cette relation est ancrée, elles utilisent « mon/ma » et expriment leur gratitude, par exemple pour Caroline :

Caroline : [J'ai de la gratitude] pour ma sage-femme [...] elle a embarqué [dans ma vision] pis m'a amené de l'information, des façons de penser, des images, des choix. [...] A m'a nourrie.

Caroline : À chaque fois que je repense à mon accouchement, j'ai une gratitude envers ces personnes-là [infirmière, médecin, sage-femme et conjoint].

Cette expérience peut consolider la relation avec le conjoint lorsque vécue de manière symbiotique ou, au contraire, leur donner la force de quitter une relation malsaine :

Hélène : Mon chum, c'est lui qui a sorti le bébé avec moi; on a vécu quelque chose de vraiment symbiotique par rapport au bébé.

Irma : [Cette expérience positive d'accouchement] a faite que j'ai quitté mon conjoint trois mois plus tard. [...] J'ai découvert une partie de moi que je connaissais pas. J'ai découvert que j'étais capable d'affronter.

Les femmes nomment particulièrement leur attachement à l'enfant quand elles vivent cette transformation :

Kristelle : A m'a amené ailleurs à l'accouchement. A m'a amené ailleurs après sa naissance. [pause] [...] Toute en elle, effectivement, m'a amené à une autre facette de moi.

Irma : En termes de lien d'attachement, là, moi je trouve que ça fait une différence. Quand j'ai eu [ma première, sous épidurale], veut, veut pas, tu secrètes pas les mêmes hormones, tu vis pas les mêmes choses, tu vas pas aussi profond dans, dans ce que tu vis avec ton bébé. [...] J'aurais jamais pensé ça, dire ça, parce qu'à ma fille, j'étais sûre que toute était parfait pis que j'avais eu le plus bel accouchement qui existe [...], j'étais complètement en amour avec elle, là. Mais c'est pas pareil : c'est pas venu me chercher aussi profondément. [...] J'étais complètement connectés en symbiose totale, là, avec mon [dernier] bébé. [...]

Plus largement, cela amène à ancrer les relations entre le début de vie et la fin de vie :

Béa : Sur le dernier souffle [de ma grand-mère], le bébé a bougé en même temps. [...] Ça, ça m'a fait beaucoup me questionner sur [pfff] la mort, la vie, [hésitations] ça donne une dimension, justement, spirituelle d'accompagner quelqu'un dans la mort, dans la vie en même temps.

Julia : J'étais toute seule avec pis j'ai dit [...] : « Mamie, [...] si jamais c'est toi qui s'occupe de mon bébé avant moi, tu me promets-tu de t'en occuper comme si c'était le tien? »

Noémie : On le savait [que ma belle-mère] allait décéder [...] J'ai dit : « [Notre fille], c'est la preuve que la vie continue. »

De manière plus pragmatique, « accoucher de moi-même » peut amener à ré-évaluer la vie professionnelle et les relations personnelles. Gabrielle qui se décrivait comme un « *workholic* » qui adore son emploi, se questionne maintenant à travailler autant: « Les priorités changent. »

Daphné : Je suis devenue mère à la maison pis c'était tellement pas dans mes plans. Je pense vraiment que c'est cette expérience-là qui m'a réorientée vers ça.

Hélène : Je me suis faite de nouvelles amies qui ont plus mes valeurs dans le fond, mais moi en ce moment, y'a pu personne qui me comprend parce que... même ma meilleure amie!

Accepter mon histoire : la transformation par l'acceptation

Définition : « Accepter mon histoire » indique que si les femmes sentent être passées à côté d'une expérience spirituelle forte, notamment en palliant avec l'épidurale, cette expérience, ou absence d'expérience, si elle est acceptée, peut être source d'apprentissage et de transformation.

L'accouchement, peu importe de la manière qu'il se déroule, qu'il soit senti ou pas, peut être un lieu de transformation lorsqu'on « accepte son histoire ». Comme dans le témoignage d'Eugénie, l'accouchement qui transforme le plus peut être celui qui fait réaliser ce dont on est passé à côté.

Ainsi, « fuir » peut amener un apprentissage transformateur :

Daphné : Des fois, fuir, c'est bon, c'est un concept que je veux revaloriser : [...] des fois, ça fait du bien [...], des fois, c'est la seule solution. [...] On peut se retrouver dans la fuite puis revenir mieux outillé, mieux centré. [pause]

Les femmes sont amenées à dépasser le jugement dans lequel elles pourraient s'enfermer :

Eugénie : Quand on se sent jugée, souvent on se juge nous-mêmes.

Daphné : C'est très sensible tout ce qui concerne la parentalité, on a l'impression que l'expérience de quelqu'un d'autre si elle est vécue positivement, ça l'invalide un peu la nôtre?

Hélène : En-dedans de toi, tu t'es faite une image préconçue, [...] t'as tes belles petites revues de maternité qui te montrent pleins de belles petites images. Pis c'est comme si toute l'image que tu t'étais fait, est morte, ça l'existe pu. Pis le deuil que tu as à faire c'est de refaire toute cette image-là. Ton image de toi-même aussi. Pis excuse-moi, quand t'as accouché, pis ton idée, c'était de pas prendre l'épidurale, finalement tu l'as pris pis t'as eu une complication, les forceps ou peu importe : Aille! allo que tu te sens mal en tabarnouche dans vie!

Le deuil de l'accouchement imaginé peut ainsi ouvrir sur une nouvelle interprétation :

Hélène : Le deuil fait partie de la spiritualité. [...] J'ai eu un deuil à vivre là-dessus. [pause] Faire le deuil de pas avoir la force de passer au travers un accouchement naturel, c'est quelque chose là.

Daphné : Moi, je l'espérais tant cette douleur-là! Je pense que ma douleur à moi est aussi beaucoup plus psychologique par rapport à [la césarienne]. À quelque part, je l'ai eu aussi cette douleur-là à traverser.

Daphné : C'est quand même un accouchement, c'est quand même un récit, y s'est passé tellement de choses, ça été tellement porteur de sens pour moi que je me dis : « Je pense que j'ai quand même des beaux accouchements. » [...] Mais y'a fallu que je me convaincs de ça [...] : c'est juste notre histoire, en fait.

Kristelle : Des fois, je me dis : « c'est peut-être juste qui fallait que j'accouche comme ça. » [...] Quand on parle de spiritualité pis tout ça, c'est comme si c'était comme écrit que ça allait se passer de même.

Ultimement, « accepter mon histoire », c'est réaliser qu'il n'y a qu'une seule bonne façon de faire :

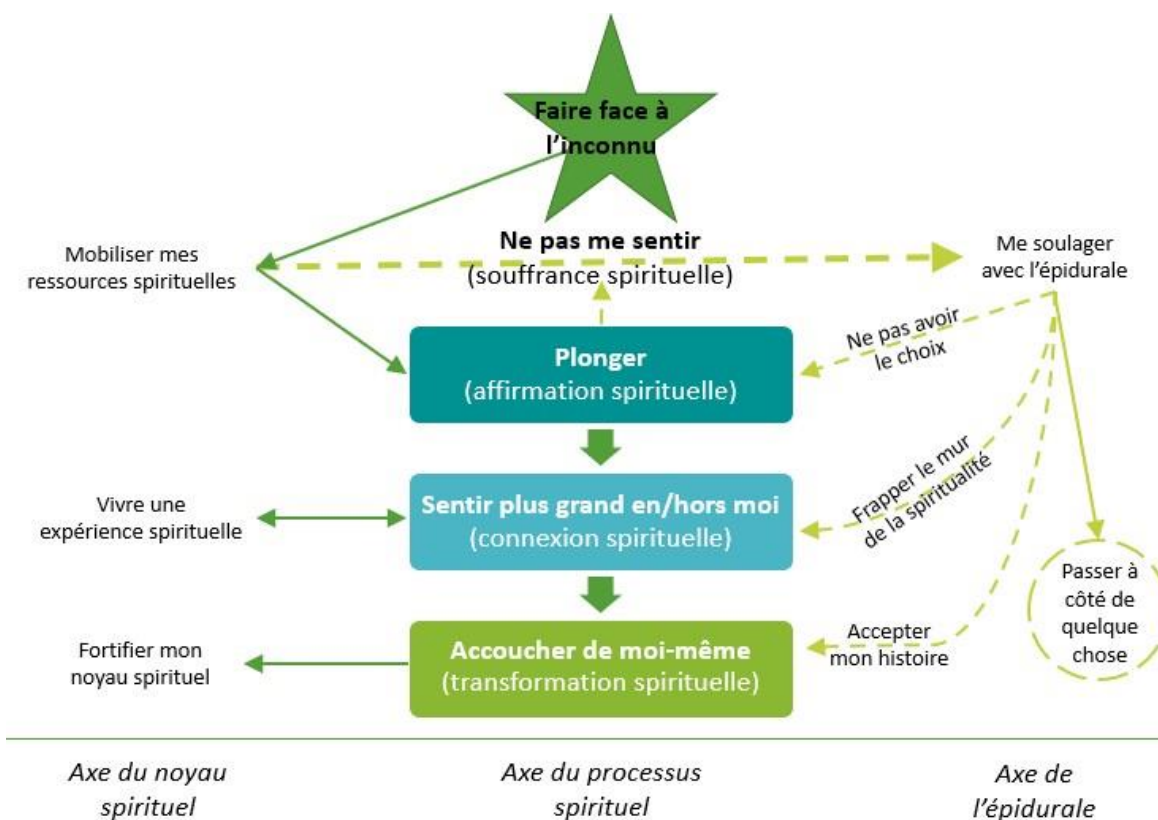
Eugénie : C'est un mensonge qui a comme [...] un bon choix, une bonne réponse. Un moment donné, c'est ta réponse, va où ce que tu penses.

Hélène: T'allaites ou pas, tu décides de prendre l'épidurale ou pas, tu décides de pour raison x, y, z tu tombes enceinte, mais c'est pas le « bon moment ». [...] Je suis pas à juger quelqu'un ou a la pointer du doigt. Chu très : choisis ce que tu as envie de faire dans la vie pis tes choix vont t'amener quelque part, veut, veut pas.

4.4 Synthèse : le processus spirituel des femmes vivant un accouchement vaginal à la fois révélé et restreint par la question de l'épidurale

En synthèse, la théorisation ancrée émergeant de la démarche méthodologique peut être illustrée par une schématisation qui, bien qu'insuffisante pour témoigner de la dimension dynamique du processus et des nuances individuelles, met en lumière trois axes d'analyse (voir Figure 4.5).

Figure 4.5 Synthèse de la théorisation ancrée selon trois axes d'analyse : axe du noyau spirituel, axe du processus spirituel et axe de l'épidurale



D'abord, et de manière centrale, elle décrit un *processus spirituel* de « faire face à l'inconnu » avec quatre catégories principales : d'abord, en tension, « ne pas me sentir » et « plonger », pour ensuite « sentir plus grand en/hors moi » et « accoucher de moi-même ». Dans un deuxième axe d'analyse, chaque étape de ce processus interpelle le *noyau spirituel* des femmes différemment et selon quatre pôles (sens, paix, transcendance, relation). Enfin, sur l'axe de *l'épidurale*, on observe que si la question de l'épidurale révèle le processus spirituel, « me soulager à l'épidurale » en limite l'accès sans l'empêcher alors que l'anesthésie pallie la souffrance spirituelle.

Les six concepts centraux émergent de cette théorisation, jusqu'ici que survolés, sont mis en dialogue avec la littérature dans le prochain chapitre, soit : le « faire face à l'inconnu », le noyau spirituel, la souffrance spirituelle, l'affirmation spirituelle et la transformation spirituelle. Cette discussion ancre les résultats en répondant aux objectifs de recherche initialement posés.

CHAPITRE 5 – DISCUSSION (LA « MISE AU MONDE »)

[I]t was assumed that using the subject of epidural analgesia to gain insight into Western birth practices could illuminate broader cultural ideals and that the epidural itself may not remain the focus of the research. (Newnham et collab., 2017b)

Les objectifs de cette recherche sont de décrire, du point de la femme, le processus spirituel de l'accouchement vaginal révélé par la question de l'épidurale ainsi que le rôle qu'y joue l'anesthésie épidurale. Si la théorisation précédemment exposée répond à ces éléments à partir de la perspective des femmes qui accouchent, on s'intéresse dans ce chapitre à sa « mise en monde », c'est-à-dire à son interaction avec l'environnement dans lequel elle a été pensée et est reçue. En effet, les concepts tirés de la théorisation ancrée, bien qu'émergeant d'un contexte de recherche inédit et original, recoupent d'autres décrits dans des recherches sur la spiritualité et sur l'accouchement présentées dans la recension ou encore de la littérature consultée lors de l'analyse afin d'en élever le niveau d'abstraction (Brooks & Sullivan, 2002 cité par Charmaz, 2014, p. 305).

La structure adoptée ici est d'entamer une discussion des résultats avec la littérature en reprenant les six concepts principaux à partir du rôle principal joué par l'épidurale pour deux axes d'analyse, soit l'axe du noyau spirituel et celui du processus spirituel. D'abord, en amont et pendant le processus spirituel, « *faire face à l'inconnu* », s'il ne s'accompagne pas d'une mobilisation de l'ensemble des dimensions (relation, paix, transcendance et sens) du *noyau spirituel*, peut engendrer une *souffrance spirituelle* que l'épidurale peut pallier. Puis, conséquemment à ce premier rôle, l'épidurale limite (sans empêcher) l'accès au processus spirituel, et ce, pour chacune des étapes, soit : *l'affirmation spirituelle*, *la connexion spirituelle* et *la transformation spirituelle*.

5.1 L'axe du noyau spirituel

Bien que les participantes nomment plusieurs facteurs liés à la décision de prendre ou non l'épidurale, j'ai dû admettre, en cohérence avec la démarche méthodologique, que la préoccupation centrale dans le discours des femmes rencontrées n'était pas l'influence de la spiritualité et des croyances sur la décision entourant l'épidurale. Plutôt, et c'est ce qui est argumenté dans cette première section, les femmes nomment qu'accoucher est d'abord *faire face à l'inconnu* qui

engendre une tension, voire même une *souffrance spirituelle* lorsque leur *noyau spirituel* ne peut les soutenir. L'anesthésie épidurale offre alors de soulager, de pallier cette souffrance.

5.1.1 Faire face à l'inconnu : pertinence de la spiritualité comme cadre d'analyse

L'association de l'*inconnu* à l'accouchement est illustrée de diverses façons : elle est comparée à un *voyage* en mer, décrivant le profond sentiment d'incertitude et de peur qu'il suscite (Sun et collab., 2011); ou encore, à un *pèlerinage*, indiquant le familier que l'on choisit de quitter pour aller vers l'inconnu, pour en faire l'expérience physique et en revenir transformée. (Lipperini, 2016) Faire face à l'inconnu se trouve au cœur de deux recherches récentes sur l'accouchement, soit celle de Sara Borelli en contexte anglais et celle de Hannah Dahlen en contexte australien. Considérant les similitudes méthodologiques, une comparaison avec ces projets est pertinente.

La recherche de Borelli est une démarche doctorale par théorisation ancrée (ici straussienne) auprès de quatorze femmes rencontrées soit à domicile ou dans un café (selon leur préférence) et ayant accouché dans divers lieux d'accouchement (domicile, "*freestanding midwifery unit*", unité obstétricale). (Borrelli, Walsh, & Spiby, 2018) Bien qu'elle vise les femmes primipares à la fin du troisième trimestre dans l'objectif d'explorer leurs stratégies d'adaptation (*coping strategies*) adoptées pendant la grossesse et celles prévues pour l'accouchement, les thèmes qui en ressortent recoupent ceux de ce travail. L'accouchement est décrit comme un territoire inconnu (*the unknown territory of labour and birth*) qui amène l'adoption de stratégies : se préparer, éviter d'y penser, considérer cette expérience comme partagée entre femmes, etc. Certaines se fient au système médical et aux techniques de gestion de la douleur pharmacologiques, voyant la douleur comme étant à éviter, alors que d'autres misent sur leur instinct et leur capacité innée de donner naissance. Les approches efficaces pour faire face à l'inconnu sont de relaxer, de ne pas mettre l'emphasis sur la douleur, de prendre contrôle sur l'accouchement, d'être rassurée par la présence de quelqu'un qui connaît l'accouchement, et de se concentrer sur l'idée d'une expérience personnelle intense plutôt qu'un supplice horrible ou un processus dégradant. Finalement, une attitude flexible face au plan de naissance, est observée chez certaines : cet état d'esprit ouvert et réceptif aux expériences intérieures a été ailleurs associé à un récit plus positif de l'accouchement (going with the flow, Whitburn, Jones, Davey, & Small, 2014)

Dahlen a aussi mené une théorisation ancrée straussienne auprès de dix-neuf primipares, rencontrées à domicile six semaines après l'accouchement (hospitalier ou à domicile). Là encore, plusieurs résultats sont similaires, notamment le processus central identifié, soit de *réagir à l'inconnu*. (Dahlen, Barclay & Homer, 2010a; Dahlen, Barclay & Homer, 2010b) Une première réaction est de *choisir un niveau de responsabilité* selon certains facteurs médiateurs diminuant la peur, soit : la préparation, le choix et leur sentiment de contrôle, l'information et la communication, et le soutien d'une personne de confiance. On y observe que les femmes accouchant à l'hôpital tendent à vouloir laisser plus de responsabilités aux soignants, alors que celles à domicile se préparent plus, font plus de choix et sont plus en contrôle. Puis, c'est de *réagir à la force du travail*, c'est-à-dire à cette force puissante qui s'empare des femmes dans une expérience intense, souvent douloureuse. Alors que certaines s'y abandonnent facilement, autant à son pouvoir qu'à la manière primitive à laquelle elles y répondent, d'autres la combattent, cette force les rendant confuses, terrifiées, voire même qui les embarrassent. Ces réactions, mais aussi le fait de ne pas pouvoir s'ajuster à un accouchement très différent à ses attentes, amènent la femme à respectivement se connecter ou se déconnecter (notamment avec l'épidurale) du travail, mais aussi de l'enfant. De plus, cette réaction déterminerait si l'expérience d'accouchement est vécue comme une expérience de pouvoir (*empowering*) ou de trauma.

Comme mon étude, ces recherches s'articulent autour de l'inconnu de l'accouchement, le liant indirectement à la question de l'épidurale :

1. L'accouchement est un inconnu, communément associé à de la peur (*peur de l'inconnu*);
2. Ceci suscite l'adoption de différentes stratégies selon les femmes en prénatal selon le niveau de responsabilité choisi (*stratégies anténatales*);
3. Les femmes réagissent aussi différemment lorsqu'elles en font l'expérience pendant l'accouchement, notamment en utilisant l'épidurale (*réactions per partum*);
4. Ces différentes stratégies et réactions amènent à se connecter ou déconnecter de l'expérience (*conséquence immédiate de (dé)connexion*); et
5. Cette expérience peut être vécue comme me redonnant du pouvoir (*empowering*) ou étant traumatisante (*conséquence expérientielle*).

Ces constats ne répondent toutefois pas à la question sous-entendue : comment expliquer les différences entre les femmes en termes de stratégies, de réactions et d'expériences face à cet

inconnu, touchant notamment la question de l'épidurale? L'angle de la qualité de la relation de soins, suggérée dans ces deux recherches, demeure une lecture insuffisante : si la critique de la médicalisation de la naissance est nécessaire, elle ne doit pas se faire aux dépens de la question plus large et profonde de la spiritualité, moins abordée. (Possamai-Inesedy, 2009)

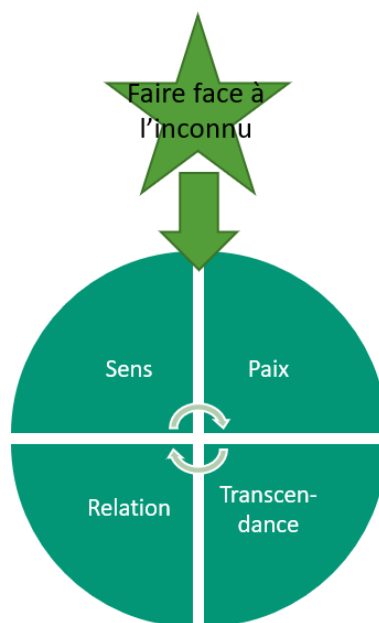
L'enjeu de la spiritualité émerge de la tension décisionnelle/existentielle, dans laquelle l'inconnu de l'accouchement introduit les femmes. *Existentielle* puisqu'engendrant le questionnement, voire l'angoisse métaphysique. Si toute situation-limite peut susciter cette tension, l'accouchement comporte un paradoxe inhérent qui en a fait un objet de métaphore de la crise existentielle utilisé depuis longtemps (Bergmann, 2008; Stovell, 2012). Ainsi, si l'on cherche normalement à éviter l'inconnu et la souffrance qui l'accompagne, dans l'accouchement, on le désire: '*women who want the experience of childbirth are in the curious position of desiring the unknown*' (Greer 1984, cité par Borrelli et collab., 2018). C'est un rendez-vous programmé de situation-limite, un moment de « peur-excitation » (Bélanger-Lévesque, 2012). Cette tension est aussi *décisionnelle* puisque déterminante, comme nous le verrons, autant pour le choix face à l'épidurale que pour l'expérience du processus spirituel. Une analyse avec un cadre conceptuel de la spiritualité est ainsi pertinente, car elle jette un éclairage nouveau sur l'inconnu de l'accouchement afin de mieux comprendre la souffrance qui peut y être vécue, mais aussi l'expérience transformatrice: il s'agit, comme le nomme la participante Caroline, d'*oser parler de l'expérience intérieure et inconnue*.

5.1.2 Le noyau spirituel : quatre dimensions en tension

Le modèle de besoins spirituels de Koenig et Büssing (2010) a été intégré comme cadre conceptuel durant l'analyse des données, car, s'ajustant à ce que décrivaient les participantes, il offrait une structure pour en relever le niveau analytique. Bien que présenté dans la problématique (voir section 1.2.2), en cohérence avec l'approche constructiviste de la méthodologie de la théorisation ancrée, il a été important de s'assurer d'une utilisation flexible et créative de ce cadre qui ne force pas le formatage des données, mais au contraire s'y ancre, en restant ouvert au fait de le remettre en question et de le modifier. (Thornberg, 2012) Ainsi, le cadre conceptuel, originalement développé pour identifier les besoins spirituels de la personne en maladie chronique, a été repris mais modifié, particulièrement en le sortant du cadre des besoins spirituels et l'intégrant à l'ensemble du processus spirituel (voir section 5.2.1).

Ainsi, les propos des femmes de l'étude correspondaient adéquatement à la structure suggérée en quatre dimensions identifiées par un mot-clé: i) la dimension existentielle, étiquetée *sens*; ii) la dimension émotionnelle, étiquetée *paix*; iii) la dimension religieuse, étiquetée *transcendance*; et iv) la dimension sociale, étiquetée *connexion* par les auteurs, mais ici *relation*. Ces dimensions sont exprimées de manière variable selon les femmes, les positionnements individuels étant plus nuancés que la description générale pouvant en être donnée. De plus, comme elles sont dynamiques et reliées (tel que l'indiquent les flèches au centre, voir Figure 5.1), variant dans le temps et s'influençant l'une et l'autre, voire se cumulant, les dimensions ont été regroupées en ce qui a été nommé *noyau spirituel*.

Figure 5.1 Les quatre dimensions du noyau spirituel sollicitées par *faire face à l'inconnu* de l'accouchement



Ce noyau spirituel est sollicité par les femmes lorsqu'elles font face à l'inconnu. Similairement à Villagomez (2005) qui identifie la détresse spirituelle à une déficience (*impairment*) d'une dimension spirituelle, je parle de *souffrance spirituelle* lorsqu'il y a manquement d'une ou plusieurs dimensions spirituelles. L'argument fait ici est que si le noyau spirituel mobilisé et mobilisable amène les femmes à « plonger » (voir la schématisation à la section 4.3.1 Plonger), c'est cette souffrance spirituelle d'un noyau spirituel insuffisamment solide ou sollicité que l'épidurale pallie. Cet argument est repris pour chacune des dimensions spirituelles, en l'appuyant avec d'autres recherches.

Relation : entre prise en charge et accompagnement

La dimension sociale de la spiritualité est décrite sous « connexion » par Koenig et Büssing (2010), en opposition avec « aliénation », et qui peut être illustrée avec ces éléments : l'amour, le sentiment d'appartenance et la capacité d'entrer en communication. C'est la seule dimension renommée dans le *Spiritual Needs Questionnaire* sous les besoins de donner et de contribuer (Giving/Generativity Needs, Büssing et collab., 2010). C'est aussi la seule étiquette changée ici par « relation » afin qu'elle se distingue de la deuxième étape du processus spirituel (« connexion spirituelle »; voir section 4.3.4).

La description du processus d'analyse ayant mené à cette dimension est plus détaillée que les autres afin d'illustrer processus itératif de la MTA, particulièrement complexe ici. Initialement, dans les premières analyses et schématisations, les données portant sur la relation ainsi que les nombreux codes qui s'y rattachaient étaient mis de côté, car je ne percevais pas en quoi cela touchait la spiritualité : « Il est évident que la place du soignant est abordée par les femmes. Toutefois, je ne considère pas que cette dynamique relationnelle est essentielle dans la première analyse du processus spirituel. » (Cahier de bord; novembre 2017) L'éclairage de mon comité de direction puis l'introduction du cadre de Büssing et Koenig me firent reconnaître la composante spirituelle de cette dimension.

Identifier la dimension « *je ne serai pas capable* » à un besoin relationnel non-répondu m'a aussi pris plus de temps à repérer que pour d'autres dimensions (par exemple, *imaginer le pire* comme une absence/besoin de paix). Cette affirmation m'a d'abord apparu comme un manque de confiance en soi ou encore, comme me l'avait suggéré Hélène, un message social intégré par les femmes en ce qu'elles soient suffisamment fortes pour accoucher. Toutefois, le déclic est venu dans le verbatim de Christine : « Je disais : 'Je serai pas capable de continuer !', mais c'était quasiment plus, je pense, pour véhiculer un peu l'intensité [...]. » Ainsi, le verbe *véhiculer* renvoie à un besoin de transmettre un message dans une tentative d'établir ou de conserver une connexion avec quelqu'un.

Le besoin relationnel peut être comblé par l'autre parent, mais les femmes qui ont pris l'épidurale ressentaient l'impuissance et l'incapacité de ceux-ci à les aider, un sentiment documenté ailleurs. Les pères (N=243) se sentent souvent dérangeants et inutiles lorsqu'il y a non-utilisation de l'épidurale, mais utiles et impliqués lors d'une épidurale, augmentant leur satisfaction et diminuant

leur anxiété et stress. (Capogna, Camorcia, & Stirparo, 2007) De même, une théorisation ancrée auprès de pères indique le sentiment de perdre la mère lorsqu'en douleur ("*Losing Her*"), qui leur revient après l'épidurale ("*She's Back*") : une meilleure préparation pourrait normaliser cette situation chez le père, diminuant le sentiment d'impuissance, de stress, de frustration et d'anxiété. (Chapman, 2000)

Ainsi, dans ces contextes, la relation la plus déterminante pour la question du processus spirituel et de l'épidurale celle de soins. Le « je ne suis pas capable » peut mener à une prise en charge par l'équipe de soins, notamment avec l'épidurale, ce qui est le désir de certaines, mais ne répond pas au besoin relationnel. Un commentaire critique de Béa, portant pourtant sur la religion, nomme le danger associé à la prise en charge des peurs comme une prise de contrôle sur la personne : « Quand tu comprends que [...] ça été créé aussi pour apaiser certaines peurs, mais aussi pour prendre le contrôle des populations... » Dans l'accouchement, ceci se complexifie face au questionnement sur la capacité réelle de la femme à donner son consentement, notamment si elle ne voulait pas de médicament dans son plan de naissance, mais change d'idée lors de l'accouchement : si certains pensent que c'est violer le droit à l'autonomie de lui refuser l'épidurale, d'autres pensent que c'est plutôt le fait de lui donner, car on ignore alors ses préférences à long terme. (Brooks & Sullivan, 2002 cité par Torres & De Vries, 2009). Les professionnels de santé sont appelés à examiner de manière critique leur usage du modèle médical de soin tout en respectant les choix et l'agentivité des femmes. (Happel-Parkins & Azim, 2016)

Ainsi, la dimension spirituelle *relation* peut être comblée lorsque la femme se dit *être (bien) accompagnée*. J'ai été réticente à préciser « bien », mais, particulièrement chez les multipares, une distinction claire est faite d'avec un mauvais accompagnement, qui pour elles n'en est pas un. Le bon accompagnement est celui : i) où la confiance est construite non pas sur l'expertise soignante, mais sur la relation construite entre la personne soignante et celle qui accouche; et ii) qui oriente la femme qui accouche vers ses propres sensations, sur son senti, sur son sens. Pour entrer et demeurer dans le processus spirituel, la femme doit sentir que l'accouchement est compris comme une expérience d'abord humaine et non technique, qu'elle est préparée en ce sens en prénatal (réflexion sur le sens, etc.), qu'elle est entendue dans ses peurs et ressaisie dans les moments de panique et qu'elle a un pouvoir décisionnel même lorsqu'elle choisit de prendre le risque.

Dans leur recherche sur la crise existentielle des patients atteints de cancer en tant que processus psychospirituel, Yang et collab. (2012) recommandent de passer de l'intervention à la *présence*, une réceptivité à l'autre, mais aussi à soi comme soignant.e :

Above all, remember to be 'present'. You are the accompanier, certainly a major one, and sometimes just about the only one able to be with 'the person'. [...] The extent to which [the caregiver] is able to create the inner space necessary for acknowledging his own fears [...] will strongly affect his ability to be an encouraging and supportive witness for the patient confronting his terrors. (Yang, Staps, & Hijmans, 2012, p. 335)

Dans l'accouchement, cette notion de présence se retrouve particulièrement dans les recherches sur la pratique sage-femme. (Happel-Parkins & Azim, 2016) « Tenir l'espace » serait central à l'accompagnement comme *présence consciente* et *être là*, en ce que tenir (*halten*), à partir d'Heidegger, signifie 'garder, veiller sur' (*hüten*): « La notion de 'tenir l'espace ne fait pas référence à l'idée de 'faire' quelque chose. Il est question de *présence* et de *conscience*. » (Lemay, 2017, p. 179) Pembroke et Pembroke (2008) argumentent que la *présence* est la force spirituelle (*spiritual strength*) permettant aux sages-femmes de pleinement actualiser leur capacité relationnelle, mettant la femme qui accouche au centre. Cet argument s'appuie sur deux concepts de philosophes dialogiques près de la spiritualité : i) celui de *responsabilité* de Martin Buber en tant que capacité profonde à répondre aux besoins de la personne d'être entendue, comprise, respectée et, si besoin, aidée et soutenue; et ii) celui de *disponibilité* de Gabriel Marcel qui réfère à la volonté de la personne de se donner, de se rendre disponible, pour les autres. (Pembroke & Pembroke, 2008).

Ces éléments de réflexion sur la dimension *relation* de la spiritualité recourent les critiques sur la médicalisation relevées dans la recension (Borrelli et collab., 2018; Dahlen et collab., 2010a), mais aussi les recommandations actuelles de structures nationales importantes. On peut citer en exemple les nouvelles directives cliniques adoptées par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) sur la gestion non-pharmacologique de la douleur (Bonapace et collab., 2018) ou encore les recommandations faites pour réduire les interventions obstétricales dans le rapport québécois de l'Institut d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Tous deux, largement appuyées sur les recherches de Chaillet et collab. (2014), soulignent l'importance de l'amélioration de la présence accompagnante auprès de la femme qui accouche, et ce à partir des mécanismes endogènes de gestion de la douleur : « les méthodes qui utilisent le contrôle par les centres

supérieurs (comme l'accompagnement) sont les plus efficaces, suivies au besoin de l'analgésie péridurale. Cette stratégie augmente en outre la satisfaction des mères. » (Rossignol et collab., 2012, p. 38)

L'originalité de ma recherche est d'inscrire de telles recommandations dans le champ spirituel. D'autres chercheurs ont fait de même ailleurs dans le monde de la santé. Le théologien Waaijman (2008) situe la spiritualité non pas comme une dimension du soin, mais comme le cœur même du soin. Clarke (2009), infirmière ayant fait un doctorat en théologie, revendique non pas une définition de la spiritualité, mais plutôt la reconnaissance qu'un soin centré sur la personne est un soin spirituel. Callister et Khalaf (2010) invitent au soin spirituel les infirmières en maternité.

Une implantation de cette vision spirituelle dans les soins demeure un défi, car, tel que discuté dans la recension des écrits, le paradigme médical dominant met de l'avant un clivage corps-esprit. Koenig et Büssing (2010) indiquent que si les patients ont de la difficulté à exprimer leurs préoccupations spirituelles, celles-ci peuvent être difficiles à considérer pour les soignants, par manque de temps, d'expertise ou d'intérêt. Toutefois, ils ajoutent que dans un contexte où plusieurs patients se sont détournés de la religion et préfèrent plutôt parler de leurs besoins spirituels avec leurs soignants, les activités de ces derniers devront s'adapter en ce sens. Il s'agit encore de s'assurer que dans cette intégration ne soit broyée par le paradigme dominant dans une appropriation biomédicale (Cherblanc & Jobin, 2013), et que la profondeur de la spiritualité propre à la naissance ne soit travestie dans une culture de soins centrée sur la mesure (*tick box culture*). (Crowther & Hall, 2015)

Paix : entre sécurité et confiance

Dans le modèle de Koenig et Büssing (2010), la paix est décrite comme la dimension *émotionnelle* de la spiritualité, en opposition avec la détresse et illustrée comme un besoin d'une paix intérieure, d'espoir, d'équilibre, de pardon. Elle est espace de connexion où on peut faire un avec la nature et les autres ainsi qu'aborder ses peurs et inquiétudes.

Le besoin de paix s'exprime le plus clairement lorsqu'il n'est pas répondu, sous la forme d'*imaginer le pire* : les femmes y appréhendent le futur avec des scénarios-catastrophes et voient de manière pessimiste l'imprévisibilité de l'accouchement qui est synonyme de danger. Les nombreuses peurs liées à l'accouchement, ou de l'accouchement comme tel (tocophobie), sont

bien documentées (voir la recension des écrits). Au niveau social, on peut se questionner sur l'impact qu'a la vision paradoxale de l'accouchement comme expérience-catastrophe-plus-beau-jour-de-ta-vie sur les femmes qui en feront l'expérience.

L'approche médicale dominante de l'accouchement nuit à ce besoin de paix alors même qu'il essaie d'être rassurant. Moloney (2009) indique que le discours de danger/sécurité de l'approche médicale occidentale, qui voit l'accouchement comme risqué et nécessitant une expertise technologique et médicale spécialisée (notamment l'épidurale), joue en défaveur de l'expérience de la mère. D'une part, il alimente la peur, alors que cette peur même est contraire aux mécanismes du travail et de l'accouchement, pouvant aussi créer une douleur physiologique. D'autre part, le discours sur le risque et la sécurité discrédite la notion même de mort alors que c'est cette peur même de la mort que les femmes expriment. (Moloney 2009) Dans le même sens,

Pamela Klassen a parlé [...] d'une « éthique de la naissance », qui ne peut être réduite au calcul bénéfices-risques dont rendent compte les statistiques sociosanitaires, mais qui, plutôt que de la refouler dans l'irreprésentable, l'innommable, l'ob-scène (de Certeau, 2007), recouvre et embrasse la mort comme l'un des risques possibles de la naissance... intrinsèque à la vie elle-même. (St-Amant, 2013, p. 39)

Le discours de sécurité propre à nos sociétés en tant que gestion du risque (Le Breton, 2017) peut mener une femme qui donne naissance à s'éloigner de sa spiritualité. (Moloney, 2009) L'inconnu de l'accouchement demeure trop souvent géré dans un cadre qui cherche à le réduire et à rétablir des certitudes, avec les conséquences que cela peut entraîner au niveau physique, émotionnel, spirituel et psychologique pour la mère et le bébé. (Downe & McCourt, 2008, p. 16) Ainsi, St-Amant (2013, p. 39) ramène l'importance d'un autre type de sécurité – autant pour la mère que l'enfant à naître – qui serait définie par la femme elle-même, et garantie et optimisée d'abord et avant tout par le bien-être (émotionnel, physique et même spirituel) de la principale intéressée.

La paix s'exprime par les participantes de mon étude par un positionnement intérieur de *(me) faire confiance*, c'est-à-dire à la fois *me sentir capable*, mais aussi choisir de *prendre le risque*. La peur peut continuer d'être présente et il n'y a pas de certitude, mais la personne trouve tout de même une paix face à l'inconnu et accepte d'y faire face. Pourtant, même si l'accouchement se passe à l'intérieur de la femme, dans son intimité, son discours intérieur et dans les forces qu'elles mobilisent, *l'environnement* peut la sortir d'elle-même.

On nomme l'importance d'un environnement de soins qui favorise cette confiance et cette paix, des espaces sacrés qui réduisent le stress et améliorent l'état global de la personne (sacred spaces, Young & Koopsen, 2011, p. 206). Cet espace sacré est d'abord immatériel. Dans sa notion de « tenir l'espace », Lemay indique ainsi de protéger un espace de confiance qui éloigne la peur. (2017, p. 175) De même, en identifiant la présence comme force spirituelle, Pembroke et Pembroke (2008) désignent une manière particulière d'être là ou d'être avec une autre personne tout en créant un environnement de confiance et de sécurité.

La notion d'espace sacré désigne aussi le lieu concret de l'accouchement en tant que lieu favorisant la paix. Pour les femmes accouchant à domicile, on peut parler d'espace sacré en tant que '*a sense of space*' (Klassen, 2001a, p. 97) ou '*sacred home-space*' (Burns, 2016). Comparant l'accouchement à la sexualité en tant qu'expérience personnelle, émotionnelle et spirituelle, on invite à aménager les maternités comme des espaces propices à ce type d'intimité. (Wagner 2004, cité par Moloney, 2009) Dans le même sens, mais avec une autre argumentation, la SOGC recommande qu'« [a]fin de stimuler la production des hormones endogènes qui favorisent la progression physiologique du travail, les professionnels de la santé devraient diminuer le niveau de stress des femmes en les encourageant et en adoptant une attitude positive autant que possible, et en créant un environnement calme et sans stress. » (Bonapace et collab., 2018, mon emphase)

Ceci ramène le rôle des soignants à respecter cet espace ou à contribuer à le créer : "*creating an atmosphere of caring compassion and a willingness to be open to whatever concerns the patient*" (Puchalski 2009, cité par Koenig & Büssing, 2010, p. 24). Lemay indique que les sages-femmes se décrivent comme gardiennes d'un espace de possibilités, de mystère et de passage. (Lemay et Hostie 2017) Toutefois, la paix à l'intérieur de cette confiance, en soi et envers le processus naturel de l'accouchement, doit dépasser la relation avec l'autre. Comme le précise Moloney (2009), sans cette confiance, facteur-clé à un accouchement optimal, la femme s'en remet aux professionnels médicaux.

Cette paix du (*me*) faire confiance, au centre du noyau spirituel, permet d'entrer dans le processus spirituel et y *demeurer*, entendu comme la poursuite la progression dans le processus, mais aussi comme le fait d'y élire sa demeure. Si cette confiance dépasse celle investie envers les soignants pour se situer dans la confiance en soi, le (*me*) entre parenthèses sous-entend que cette confiance peut s'ancrer un abandon dans plus grand, la *transcendance*.

Transcendance : entre contrôle et abandon

Koenig et Büssing (2010) situent le besoin de transcendance comme la dimension religieuse de la spiritualité, soit dans la relation avec Dieu ou le Sacré ou dans la connexion spirituelle. S'ils l'illustrent dans les aspects privés et publics de la religiosité en tant que ressources spirituelles, telle la prière, le besoin de transcendance réfère aussi à la notion de croyances et l'adhésion à des pratiques et comportements qui en découlent dans leurs manifestations individuelles et collectives. Quatre des cinq thèmes rapportés sur la spiritualité de l'accouchement par Callister et Khalaf (2010) touchent spécifiquement à cette dimension : i) l'accouchement comme un temps pour se rapprocher de Dieu; ii) l'utilisation des croyances et rituels religieux comme mécanisme d'adaptation (*coping*) puissant; iii) la naissance comme un temps de rendre la religiosité plus signifiante; iv) l'influence d'une Puissance Supérieure sur des résultats d'accouchement. Pourtant, c'est autant la présence de sa dimension que son absence qui est documentée dans mon étude.

La notion de contrôle est rapidement apparue comme un sujet important chez les participantes sans être immédiatement liée au besoin de transcendance. L'accouchement en soi est incontrôlable : on parle, par exemple, de contraction involontaire et d'envie irrépressible de poussée. Cette caractéristique de l'accouchement touche des enjeux profonds déjà évoqués avec « faire face à l'inconnu ». Plusieurs femmes en témoignent non pas de manière positive, mais avec peur et aucune femme ne veut perdre complètement le contrôle lors de cette expérience. Plusieurs techniques de contrôle sont ainsi mobilisées (éviter, surinvestissement, etc.), souvent autour des réactions de fuite ou de lutte (*fight/flight response*). La dimension *garder le contrôle* ne réfère toutefois pas à une technique comme telle, mais à la rigidité problématique dans la posture de la femme face à cet incontrôlable, alors qu'elle en utilise trop ou au mauvais moment, mais toujours à tout prix. De manière tout aussi problématique, on observe d'un bout du spectre du contrôle que certaines redoutent remettre leur pouvoir au médecin et mettent tout en place pour garder leur autonomie, alors qu'à l'autre bout, d'autres au contraire évitent la réflexion et veulent remettre l'ensemble des décisions à l'équipe soignante.

La prise de décision de l'épidurale s'inscrit souvent sous cet angle d'un désir de demeurer ou de retourner vers le connu, de sortir de la vulnérabilité de la perte de contrôle, pour (re)prendre en contrôle de son accouchement, de son corps. L'accouchement est ainsi « géré » comme n'importe quelle autre crise, alors même qu'elle est ingérable :

Labor is a crisis situation for most women. They approach it the way they approach any crisis: Some believe they are powerless, while others try to assume control. Many women choose not to experience a natural labor and birth; instead, they choose to "control" the experience of the process with the use of technology and pain-obliterating anesthesia. (Budin, 2001, p. 39)

Toutefois, la prise même de l'épidurale engendre chez certaines le sentiment d'une perte de contrôle.

Cette réflexion s'applique tout autant chez certaines femmes qui tiennent mordicus à ne pas prendre l'épidurale et sont à risque de vivre une souffrance importante si elles la prennent. Par exemple, Caroline exprime que son suivi sage-femme lui a indiqué que ce n'était pas « noir ou blanc », qu'il y aurait peut-être des situations où elle aurait besoin de l'épidurale et qu'elle n'était plus dans la notion de « performance » ou de « contrôle » : pourtant elle-même a refusé l'épidurale pendant un accouchement déclenché douloureux et, malgré sa fierté, dit que son corps était en « posttraumatique », que c'était trop (« *too much* »).

Ces résultats rejoignent la typologie de Lafrenaye (2012) sur la sérénité des parents dont l'enfant est atteint d'une maladie incurable:

Les parents du modèle « Toute-puissance » délèguent à l'A-autre la résolution de leur problème et ainsi ne participent pas activement à la construction de leur récit, ne permettant pas d'accéder à un sens réparateur. Les parents du modèle « Moi » ne croient qu'en eux-mêmes; ils ne délèguent aucune décision. Ces parents vivent un stress constant. Le troisième modèle « Guide » est constitué des parents les plus sereins. Ils présentent une spiritualité mature, ils se sentent guidés et protégés et envisagent avec joie leur évolution spirituelle. (Lafrenaye, 2012, p. iv)

Il est apparu ici qu'un besoin de transcendance assouvi rétablit un certain équilibre face au contrôle : un besoin de *m'abandonner à plus grand*. Par cela, j'indique alors qu'accepter de ne pas tout contrôler, c'est *croire secrètement en quelque chose de plus grand* pour *m'y relier*. Les participantes qui vivaient cette relation avec ce que je regroupe sous « plus grand que soi » se sont facilement ouvertes en entrevue pour en parler. Elles ont témoigné de la difficulté à trouver les mots et le fait que ce sujet soit tabou socialement (de là le *secrètement*), mais ont aussi nommé le besoin d'avoir un espace où elles seraient respectées si elles en parlaient. C'est vers ce plus grand qu'elle se tourne lorsqu'elles en ont besoin pour s'y relier, s'y abandonner.

Les grandes traditions religieuses invitent à un tel abandon, mais, comme le précise la théologienne Éleine Champagne, ceci est contraire à ce qui est véhiculé socialement : à partir de son terrain sur

le soin spirituel en contexte de pédiatrie, elle fait une excellente analyse où l'individu se retrouve maintenant à choisir entre dominer ou s'abandonner. (Champagne, 2014) En effet, le contrôle comme responsabilité individuelle caractérise nos sociétés : le détachement d'une notion de fatalité ou d'une volonté de Dieu (ou à une vision métaphysique) remet tout entre les mains de l'individu :

Aucune providence, aucun dessein transcendant, mais la seule action des hommes sur la nature ou sur le lien social. [...] les explications religieuses cèdent la place à la réflexivité des acteurs. La notion de destin s'efface en même temps que la main de Dieu s'éloigne. (Le Breton, 2017, pp. 35-36)

Dans son étude sur l'accouchement, Budin souligne aussi les bénéfices du fait de se couper de cette vision sociale qui repose entièrement sur la responsabilité individuelle :

Our secular culture encourages us to "deal with," "cope with," and "manage" such experiences so that we can maintain control over our lives. But religious traditions seem to unanimously suggest that, if we allow ourselves to be shattered by these experiences, they can have a transformative impact on us: they can lead us to become appreciative participants in mystery, instead of controllers. (Budin, 2001, p. 40)

Le besoin de transcendance s'inscrit donc dans un équilibre entre responsabilité individuelle et un abandon à plus grand. La dimension de transcendance dépasse la notion de besoin à combler lorsque les femmes font l'expérience de plus grand, comme il le sera plus largement développé dans l'élément connexion spirituelle (section 4.3.4)

Sens : entre absence et investissement

Koenig et Büssing (2010) utilise l'étiquette « *meaning/purpose* », traduit ici par sens, pour décrire la dimension existentielle de la spiritualité. Le besoin de sens peut être illustré par le besoin de réfléchir et de discuter du sens de la vie et de l'après-vie : quel est le but, la raison et le sens de notre existence et de ce qui la compose? Cette dimension est très développée par les participantes, autant que la dimension relationnelle, mais de manière plus cruciale, spécifiquement sur la question de l'épidurale. En effet, si la dimension relationnelle agit en tant qu'obstacle ou facilitateur du processus spirituel, la dimension de sens est ce qui motive et justifie.

La dimension *Pourquoi dire non?* réfère implicitement à l'anesthésie épidurale tout en témoignant plus profondément de l'absence de sens de l'expérience de la douleur dans notre société. Comme on le résume ici: « Bien souvent, l'analgésie épidurale est demandée au début du travail parce que

la femme a peur de l'inconnu de l'accouchement, de la douleur, ou parce qu'elle ne voit pas l'intérêt de la vivre. » (Trélaün, 2012, p. 115) Ceci amène à réinterpréter l'expérience même de l'accouchement qui peut alors apparaître pour plusieurs comme un passage obligé pour avoir un enfant, un « choix non-choix », en ce sens que c'est le désir d'enfant qui oblige l'accouchement, lui seul qui lui donne sens sans que l'acte d'accoucher comme tel en ait un. Si le seul sens attribué à l'accouchement est le désir d'enfant et que l'expérience physique n'est pas investie socialement, le fait de se soulager avec l'épidurale est alors ce qui est le plus cohérent : « Les femmes ne se demandent plus si elles seront capables de vivre la douleur de l'accouchement, elles se demandent pourquoi elles auraient à le faire, n'en voyant pas l'utilité. » (Lemay, 2017, p. 125) L'épidurale est symptomatique de ce non-sens de la douleur et plus largement de l'expérience physiologique de l'accouchement, ou encore du fait que le sens qui pourrait y être accordé n'est pas suffisamment sollicité et mobilisé. Pourtant, sans sens, l'expérience de douleur peut en être une de douleur spirituelle :

En voyant comment la douleur de la mise au monde est inscrite dans un réseau de significations culturelles et sociales, la proposition de McGrath [1997] d'appeler douleur spirituelle le fait que les individus n'arrivent pas à donner un sens à leur douleur s'explique. Le problème réel, et même le danger de la douleur (qu'elle soit physique ou psychique), c'est quand elle n'a pas de sens. (Lemay, 2017, p. 124)

Le besoin de donner un sens à la douleur de l'accouchement est bien documenté. Par exemple, une recension qualitative comparant les méthodes de gestion pharmacologiques et non-pharmacologiques de la douleur indique que plusieurs femmes perçoivent la douleur de l'accouchement comme un défi (*challenging*) tout en décrivant le besoin paradoxal de cette même douleur. (Van der Gucht & Lewis, 2015) De même, une revue de littérature (31 articles) sur le sens de la douleur conclut que changer la conceptualisation de la douleur de l'accouchement pour lui donner un sens (*purposeful*) est une étape pour améliorer l'expérience que les femmes en font et pour réduire le recours à des interventions de gestion de douleur. (Jones, Whitburn, Davey, & Small, 2015)

Chez les personnes rencontrées pour ce projet, bien plus que le choix de prendre l'épidurale, celui de ne pas la prendre est longuement discuté par les femmes : plusieurs types de justifications sont évoqués, indiquant une réflexion ayant souvent accompagné ce choix atypique. Des raisons physiologiques sont données, particulièrement d'ordre hormonal : la douleur permettrait de relâcher les beta-endorphines ayant des effets analgésiques et euphoriques similaires aux opiacés

exogènes (opiates), qu'on associe aux « états de conscience altérée ». (Buckeley 2009 et Ribiero et collab. 2005, cités par Moloney, 2009) Toutefois, c'est la question de sens, la dimension existentielle, qui demeure la plus importante pour justifier le choix atypique d'accoucher sans épidurale, ou de travailler avec la douleur : *donner un sens aux sensations*, c'est accorder un sens métaphysique à l'acte physiologique. Pourquoi accepter d'avoir de la douleur et de souffrir? C'est *accepter d'avoir mal pour une raison*, mais aussi *vouloir sentir toute*.

Le besoin de sens est répondu pour certaines par des éléments essentialistes « d'être faite pour ça » : la femme serait créée pour accoucher, constituant non seulement la raison existentielle de cette expérience, mais instaurant une confiance (voir la dimension émotive *paix*) de pouvoir le faire. Si cet argument est puissant, une participante (Béa) rappelle avec justesse qu'il faut se méfier de la hiérarchisation des expériences qu'il peut créer, dominée par la « vraie femme » qui accouche « naturellement ». Ceci ramène la tension à l'intérieur même du féminisme au sujet de la maternité : d'une part, la maternité comme expérience unique à la femme doit être valorisée tout en gardant un regard critique sur une « idéologie de la maternité sacrée » qui négligerait la subjectivité des femmes. (Klassen, 2001b)

D'autres participantes réinvestissent la dimension existentielle donnée à la douleur et la souffrance par les traditions religieuses pour répondre à la question : à quoi sert le travail dans l'accouchement? Christine est inspirée par la conception bouddhiste où la souffrance est inhérente à l'existence humaine et qu'il faut apprendre à se détacher du désir qui est la racine de la souffrance. Elle rappelle ainsi la première Noble Vérité (*Dukkha*) des enseignements du Bouddha dans le Tripitaka : la naissance est une souffrance, la vieillesse est une souffrance, la maladie est une souffrance, la mort est une souffrance, être uni à ce que l'on n'aime pas est une souffrance, être séparé de ce que l'on aime est une souffrance. Dans le christianisme, Jésus sur la croix exprime à la fois le mystère ultime de la souffrance que la rédemption par la douleur. Eugénie invoque comment la souffrance et la douleur peuvent provoquer un abandon en plus grand, dans son Dieu chrétien. La douleur de l'accouchement, traditionnellement associée à la notion de punition d'Ève, a ailleurs été lu sous un nouvel éclairage : autant la « douleur » de l'accouchement (*be'eseb*; Gn 3 :16) que le « travail » de l'homme (*issabon*; Gn 3 :17b) proviennent de racine de l'hébreu *eseb*, normalement traduit par *travail* et non par douleur, ou dans sa traduction grec *lup*, qui ne réfère pas à la douleur physique, mais à un défi émotionnel. (Windley-Daoust, 2014, p. 62)

L'enjeu au cœur de ces éléments de sens est bien énoncé par Klassen, par ces questions introductives de son étude doctorale sur la spiritualité de femmes accouchant à domicile: *“Is suffering the pain of birth without drugs a trial that turns a woman into a martyr unnecessarily? Does finding a pleasure and connection in childbirth pain spiritualize suffering in ways that have traditionally been oppressive to women?”* (Klassen, 2001a, p. 177) Ma recherche permet aussi d'affirmer qu'en passant par leurs sensations, ces femmes donnent un sens à leur expérience. Elles ne sont pas passives (« martyrs »), mais s'approprient leur expérience au même titre que celle de la sexualité en tant qu'acte du corps. (Klassen, 2001a, p. 193) En partant du discours des femmes rencontrées et en le situant dans le contexte plus large de dynamiques de pouvoir, Klassen reprend plutôt l'expression de *visionary pain*, c'est-à-dire d'une douleur dont la qualité hors-mondaine (*otherworldliness*) critique implicitement le pouvoir de ce monde, (Klassen, 2001a, p. 210), pouvoir qu'elle associe à la médicalisation de la naissance, mais que j'inscris surtout dans le non-sens de l'expérience physique de l'accouchement.

5.1.3 La souffrance spirituelle et l'anesthésie épidurale

Si l'on parle de souffrance spirituelle, pourquoi l'anesthésie épidurale peut-elle la pallier, elle qui a pour fonction de soulager la douleur? Une importante confusion est d'abord observable entre douleur et souffrance, alors qu'on se demande : « Où se situe la limite entre la douleur et la souffrance? » (Trélaün, 2012, p. 107) Par sa pratique, Trélaün observe cette confusion : si la souffrance renvoie au latin *sufferre* en tant que supporter, endurer, subir, aujourd'hui « le mot souffrance signifie aussi bien avoir mal que être mal » (Trélaün, 2012, p. 107) Elle la distingue malgré tout :

[P]arce que la douleur n'est pas un fait biologique brut, mais qu'elle reçoit toujours l'empreinte de la signification que l'Homme lui donne, elle n'est jamais tout à fait hors de son atteinte. Elle est donc supportable. Mais si l'on en vient à devoir la supporter, elle devient insupportable et porte alors le nom de souffrance. Autant la douleur est une alliée qui nous amène à visiter nos résistances, nos limites et donc à nous dépasser, autant la souffrance peut détruire, anéantir, briser. Celui qui souffre [...] se coupe aussi de lui, il se coupe de ses ressources. (Trélaün, 2012, p. 108)

La directive clinique émise par la SOGC décrit plusieurs composantes de la douleur, la distinguant de la souffrance ainsi : « On parle de souffrance plutôt que de douleur lorsqu'une femme est incapable d'activer ses propres mécanismes d'adaptation à la douleur, ou lorsque ses mécanismes

ne lui permettent pas de faire face à la situation (III). » (Bonapace et collab., 2018, p. 251) On donne ainsi ces exemples :

L'intensité (deuxième composante) et l'aspect désagréable (troisième composante) dépendent de deux voies neurophysiologiques distinctes et, par conséquent, indépendantes. [...] L'expérience vécue varie d'une personne à l'autre : certaines femmes peuvent vivre un travail intense (deuxième composante) sans souffrir (troisième composante), tandis que d'autres peuvent vivre un travail non intense, grâce à une péridurale par exemple, tout en souffrant (troisième composante). Ce pourrait être le cas, par exemple, si une femme qui ne voulait pas de péridurale en a reçu une et qu'elle vit cet événement comme un échec. La péridurale peut toutefois, à l'inverse, être à l'origine d'une relaxation physique et d'une diminution de l'intensité de la douleur (deuxième composante) qui, à leur tour, entraînent une relaxation affective et une diminution de l'aspect désagréable de la douleur (troisième composante). (Bonapace et collab., 2018, p. 251)

Alors qu'un sens biologique et physiologique est donné de travailler avec la douleur en ce qu'elle stimule la production d'endorphine et d'ocytocine naturelle au niveau de l'utérus, des changements sont ainsi recommandés:

Afin de prévenir la souffrance, les professionnels de la santé devraient tenir compte de la composante affective de la douleur (aspect désagréable de la douleur). La meilleure façon de prévenir la souffrance est de soutenir la mère et d'utiliser des approches non pharmacologiques de soulagement de la douleur. (Bonapace et collab., 2018, p. 251)

Dans la théorisation ancrée, « me soulager avec l'épidurale » décrit l'anesthésie non pas comme une méthode de gestion de la douleur, mais plutôt un moyen de pallier la souffrance. Cette souffrance (« ne pas me sentir ») est qualifiée ici de spirituelle en tant qu'absence d'une ou plusieurs des dimensions spirituelles (Villagomez, 2005) tout en s'inscrivant dans une vision holistique : la souffrance ne se divise pas, elle est totale. Nous y reviendrons plus loin (section 5.2.2 *L'affirmation spirituelle*), mais la douleur est un objet plus facile à « gérer » que l'angoisse plus profonde qu'elle cache.

Pourquoi la femme demande-t-elle l'analgésie épidurale? La majeure partie du temps la demande correspondra à une peur. Peur de se confronter à une épreuve, peur de ne pas y arriver, peur de craquer et de lâcher l'aspect 'socialement correct', peur de mourir, peur de se perdre, peur de devenir folle, peur de crier, peur de devenir maman, peur de rencontrer son bébé... (Trélaün, 2012, p. 114)

Alors que 72% des accouchements vaginaux se déroulent sous anesthésie épidurale, cette souffrance individuelle pourrait être révélatrice d'un enjeu social plus profond : nous favorisons

les moyens pharmacologiques (notamment en les offrant gratuitement) à des approches qui alimentent les différentes dimensions spirituelles de la personne (sens, paix, relation, transcendance). De même, on peut élargir cette hypothèse à l'ensemble de notre réaction sociale : face à la douleur et la souffrance qui la sous-tend, on choisit socialement une réponse analgésique. On observe ainsi une mouvance similaire dans d'autres domaines de la vie, par exemple la prédominance de la médication en santé mentale ou, en fin de vie, l'augmentation du recours à la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir suivant la Loi 2 sur les soins palliatifs. Ainsi, l'enjeu pourrait ne pas être que le noyau spirituel soit suffisant pour « faire face à l'inconnu », mais qu'il ne soit pas systématiquement sollicité, ni par la personne et ni par l'environnement de soins ou encore qu'en plus de « faire face à l'inconnu », il doive aussi faire face au système de santé avec ses limites actuelles. D'autant plus que chacune devrait d'abord être informée que l'épidurale n'est pas une « solution magique », comme on la perçoit encore trop souvent : les participantes ainsi en colère lorsque l'épidurale ne fonctionne pas, lorsqu'elles attendent une heure avant de la recevoir, etc.

Ce qui amène à une seconde question : l'épidurale est-elle une réponse adéquate à la souffrance spirituelle? L'épidurale peut être une réponse adéquate à des besoins spirituels qui ne peuvent autrement être répondus : *pallier la souffrance est mieux que laisser souffrir*. L'épidurale soulage réellement les femmes, leur offre un répit, particulièrement lorsqu'il y a accumulation de ces besoins : « Une femme qui entre dans la souffrance a besoin d'aide. Cette aide peut être l'analgésie péridurale. » (Trélaün, 2012, p. 112) Trélaün précise toutefois :

Par contre, il convient de l'utiliser à bon escient. Autant je la propose sans hésitation à une femme qui se trouve dans l'impasse engendrée par la souffrance et qu'aucune autre solution ne parvient à l'aider, autant je pose la question de l'utilisation systématique de l'analgésie péridurale pour supprimer la douleur physiologique de l'enfantement. (Trélaün, 2012, p. 113)

Ainsi, *pallier la souffrance n'est pas se pencher sur la source de cette souffrance*. En offrant, avec l'épidurale, une prise en charge d'ordre technique à un besoin d'ordre spirituel, le besoin initial demeure entier, non-répondu.

Peut-être pourrions-nous donc entendre sous une même demande (je veux une péridurale), les affirmations suivantes : j'ai mal, je suis fatiguée, j'ai besoin d'aide... [...] ne pourrait-on pas essayer d'entendre sous la demande de péridurale la peur qui est exprimée, de ressentir le besoin qu'elle cache et d'apporter une aide appropriée? (Trélaün, 2012, p. 114)

Cette souffrance entraîne pourtant des conséquences importantes :

Because birth is so commonly experienced as a techno-medical event, no one guesses that the depression and spiritual distress that often follow are reflective of a system (and a discourse) at odds with women's physiology and needs. (Moloney, 2007, p. 2)

De plus, et ceci constituera le cœur de la deuxième section de cette discussion, pallier la souffrance avec l'épidurale nuit au *processus spirituel* en y limitant l'accès.

5.2 L'axe du processus spirituel

L'accouchement n'a pas à être ce lieu pour chacune, mais il peut devenir une opportunité d'entrer et de vivre un processus spirituel. La théorisation ancrée a permis de décrire un processus spirituel vécu à l'accouchement, soit trois étapes -affirmation, connexion, transformation- potentiellement cumulatives sans devoir l'être. Bien que ce processus soit accessible à chacune, toutes ne s'y engagent pas ou du moins, pas de la même manière et avec la même profondeur, notamment Alors que « me soulager avec l'épidurale » en limite (sans empêcher) l'accès.

Dans cette section, après avoir sorti la spiritualité d'un discours la polarisant face à l'épidurale ou uniquement centré sur les besoins/ressources, chaque étape du processus est traitée séparément. Chacune est d'abord liée à des éléments théoriques qu'elle recoupe, principalement en philosophie existentialiste et en théologie, pour ensuite être documentée et décrite dans le contexte spécifique de l'accouchement. Ce faisant, on y illustre comment l'épidurale s'associe à un accès limité à chaque étape, mais sans nécessairement empêcher le processus spirituel.

5.2.1 Sortir du discours des besoins spirituels et de la polarisation spiritualité-épidurale

Le croisement de deux axes d'analyse spirituelle (noyau spirituel et processus spirituel ; voir Tableau 5.1) permet une compréhension plus complète du vécu de l'accouchement exprimé par les participantes. Ainsi, outre montrer sa pertinence en contexte d'accouchement, la contribution majeure de la thèse au modèle des besoins spirituels de Koenig et Büssing (2010) est d'élargir la perspective des dimensions spirituelles à l'ensemble d'un processus spirituel. L'étude sort le cadre conceptuel du terrain limité des ressources spirituelles, à des besoins (répondus, à répondre, à évaluer, sur lesquels intervenir, etc.), en montrant la pertinence dans d'autres manifestations de la spiritualité, soit dans l'expérience de connexion spirituelle et de transformation spirituelle. Ainsi, dans la théorisation, les dimensions spirituelles sont: *exprimées différemment selon l'étape*

du processus spirituel, soit respectivement : une ressource (ou un besoin répondu) à laquelle les femmes peuvent puiser pour « plonger »; une expérience lors qu'il y a expérience de « sentir plus grand en/hors moi »; un ajout lorsqu'elles sont transformée par « accoucher de moi-même ».

Tableau 5.1 Croisement de l'axe du processus spirituel et celui du noyau spirituel

<i>Processus spirituel</i>	<i>Ne pas me sentir</i> (souffrance spirituelle)	<i>Plonger</i> (affirmation spirituelle)	<i>Sentir plus grand en/hors moi</i> (connexion spirituelle)	<i>Accoucher de moi-même</i> (transformation spirituelle)
<i>Noyau spirituel</i>				
Relation (dimension sociale)	« Je ne serai pas capable »	Être (bien) accompagnée	Rencontre l'autre	Ancrer mes relations
Paix (dimension émotionnelle)	Imaginer le pire	(Me) faire confiance	Rentrer dans ma profondeur	(Me) faire plus confiance
Transcendance (dimension religieuse)	Garder le contrôle	M'abandonner à plus grand	Connecter à une force puissance	M'ouvrir à plus grand
Sens (dimension existentielle)	Pourquoi dire non?	Donner un sens aux sensations	Me sentir	Vouloir recommencer

De même, les dimensions peuvent aussi être manquantes menant à la souffrance spirituelle de « ne pas me sentir » puis à « me soulager avec l'épidurale ». En effet, tel qu'observé aussi par Moloney (2009), je constatais de prime abord que le processus est surtout nommé par les femmes ne prenant pas l'épidurale. Comment l'expliquer ? L'épidurale nuit-elle au processus spirituel ?

Si le rôle de l'épidurale face au processus spirituel est de soulager la souffrance souvent suscitée par « faire face à l'inconnu », l'utilisation de *l'épidurale limite l'accès au processus spirituel*. Le rôle l'épidurale se résume ainsi à chaque étape du processus :

- i) D'entrée de jeu, ou en cours d'accouchement, la femme n'a pas accès à des ressources spirituelles, qui sont soit insuffisamment solides ou sollicitées, ce qui amène une souffrance spirituelle à soulager avec l'épidurale plutôt qu'un courage à plonger (*affirmation spirituelle*);
- ii) Ensuite, la prise de l'épidurale est associée à un accès limité de la femme à ses sensations, à son senti et au sens qu'elle donne à cette expérience, réduisant la possibilité à sentir plus grand en/hors moi (*connexion spirituelle*);
- iii) En conséquence cette limite de l'affirmation et de la connexion spirituelle, me soulager avec l'épidurale est souvent associé à moins de *transformation spirituelle*.
- iv) Néanmoins, il a été aussi observé que l'anesthésie épidurale limite l'accès, mais *sans l'empêcher*, alors que le processus peut être (ré)intégré à chaque étape.

Ce faisant, cette étude évite deux pièges. D'abord, celui qui polariserait épidurale à spiritualité. Mais aussi, elle *sort du discours des besoins spirituels*, évitant le piège de la fonctionnalisation de la spiritualité dans lequel on risquait d'être pris avec la question de recherche initiale (*Quel est l'apport de la spiritualité sur le processus décisionnel de l'épidurale?*) Tel qu'observé dès la recension, en organisant les études empiriques sur la spiritualité de l'accouchement selon les catégories de Callister et Khalaf (2010), la spiritualité est trop souvent limitée comme ressource à l'adaptation (*coping*) lors des situations difficiles. Cette tendance à la *fonctionnalisation* est dénoncée, notamment en contexte québécois :

Ne sont par exemple pas reconnus comme pertinents ou plutôt recherchés, les sentiments de transcendance, les expériences religieuses déstabilisantes, les prières de dévotion ou d'intercession, etc. Cette reconnaissance partielle du religieux à l'hôpital [...] comme dans l'ensemble de l'espace public québécois, la reconnaissance de la religion se justifie par une fonctionnalisation de celle-ci. (Cherblanc & Jobin, 2013, p. 57)

Au-delà des critiques importantes des intellectuels sur le sujet, les femmes elles-mêmes de la recherche indiquait qu'il y a peu d'espace pour nommer « ça », la spiritualité dans tout ce qu'elle constitue. Les dimensions peuvent être comprises non seulement comme besoins, mais plutôt comme *ressources* spirituelles, *expériences* spirituelles et des *apports/ajouts* spirituels. Voyons brièvement comment cela se manifeste pour chacune des dimensions du noyau spirituel.

Dans la dimension *relation*, la spiritualité s'exprimait différemment lorsqu'absente (*ne pas me sentir capable*) ou comme besoin comblée (*être bien accompagnée*), mais elle est aussi vécue comme expérience ou transformation spirituelle. Par la présence, les participantes indiquent qu'il peut y avoir l'expérience de *rencontrer l'autre*. Cela peut se vivre pour la femme dans le sentiment de faire équipe, avec les soignants, avec son conjoint, voire son enfant, et dans l'émerveillement profond que cette rencontre peut provoquer. *Ancrer mes relations* indique la transformation spirituelle vécue par certaines qui fortifient ses relations avec ceux présents au moment de l'accouchement ou encore les amènent à changer leurs relations personnelles et professionnelles, plus en cohérence avec leur nouvelle perception de soi et du monde. La qualité de la relation lors de l'accouchement peut avoir des effets à long terme (positif ou négatif) autant pour la femme, que pour sa relation avec son ou sa conjoint.e et son enfant. (Pembroke & Pembroke, 2008)

En tant que besoin, la dimension *paix* s'observe en tant qu'absence (*imaginer le pire*) ou comme besoin comblé et affirmé de (*me*) *faire confiance*. Dans ce positionnement intérieur et dans un

environnement capacitant, la personne peut poursuivre dans le processus spirituel en faisant l'expérience de *rentrer dans ma profondeur*. Elle y touche un lieu de paix intérieure dans ce qui est parfois une tempête, une bulle dans laquelle elle plane pour découvrir une zone profonde en elle. La personne peut vivre une sérénité en dépit de la situation, comme l'a décrit la thèse de Lafrenaye auprès de parents dont l'enfant est atteint d'une maladie incurable, décrite comme une conséquence de leur évolution spirituelle : « seul le modèle d'identité spirituelle prédit l'évolution vers une sérénité vécue des parents interrogés. » (Lafrenaye, 2012, p. 247) C'est cette expérience d'une paix intérieure, une expérience autotranscendante (Moloney, 2009), expliquant pourquoi le (me) est en parenthèses, car la confiance provient d'une paix profonde fondamentalement issue d'une relation à l'A/autre. Cette expérience amène la transformation de la femme, ici étiquetée (*me*) *faire plus confiance*. La femme y adopte une vision plus positive de soi, ce que Moloney (2009) appelle une opportunité qui donne du pouvoir à la femme (*empowering*), mais envers les autres femmes et plus globalement à plus grand, à « la vie ».

Le fait que la dimension existentielle (*sens*) soit absente (*pourquoi dire non?*) ou présente (*donner un sens aux sensations*) a un impact sur sa décision de l'épidurale :

What is critical here may be the lack of meaning and not the diagnosis or the trauma itself, because the belief system is unable to offer meaning in the presence of trauma. What is intolerable is the lack of meaning more than pain itself.
(Sorajjakool, 2006, p. 30)

Accoucher peut aussi être une expérience de sens: *me sentir* c'est vivre pleinement l'expérience au-delà du vécu de la douleur. C'est une rencontre déterminante en/hors soi de *rentrer à l'intérieur de moi-même* pour *être dépassée par les sensations*. L'expérience de la douleur pourrait ainsi être pensée comme un adjuvant à l'expérience spirituelle en ce qu'elle ajoute, elle potentialise, bien qu'elle n'était pas toujours agréable ou confortable. Cette expérience est transformatrice en ce qu'elle invite à *vouloir recommencer*, à désirer vouloir revivre cette expérience de sens, parfois recherchée dans un autre accouchement, alors que le sens de l'accouchement est maintenant intériorisé.

Enfin, pour la dimension *transcendance*, on a souligné le besoin d'équilibre dans la notion de contrôle entre une absence de transcendance (*garder le contrôle*) vers une affirmation de transcendance (*m'abandonner à plus grand*). Ceci ouvre la porte, sans provoquer, à une expérience de transcendance (*connecter à une force puissante*), et à une transformation vis-à-vis la

transcendance (*m'ouvrir à plus grand*). Certaines femmes rencontrées ont fait une expérience de transcendance : elles ont *connecté à une force puissante*, qui témoigne de l'expérience spirituelle qui peut survenir de cet abandon. Cela cause souvent surprise, car cette force provient à la fois d'elle-même, alors qu'elle se découvre plus forte qu'elle ne le pensait, tout en émergeant hors de soi alors qu'elle est confrontée à quelque chose de grand : « *All these women experienced birthing as being taken up into something greater than self to which they willingly surrendered.* » (Moloney, 2009) Ces expériences ont été transformatrices, et elles peuvent *m'ouvrir à plus grand*, c'est-à-dire qu'elles peuvent modifier ou bonifier ma relation avec un transcendant, ou encore initier un éveil spirituel en lui ouvrant la porte. L'accouchement a le potentiel d'éveiller la spiritualité, et ainsi d'ouvrir l'individu qui peut ainsi mieux apprécier une vie signifiante. Budin (2001) parle d'une opportunité d'autotranscendance (*self-transcendence*), une opportunité d'un événement qui a le potentiel de faire grandir la personne dans sa complétude spirituelle et psychologique. Bien qu'elle limite cette expérience aux femmes ne prenant pas l'épidurale, la conscience de la non-expérience de transcendance dans l'accouchement peut aussi amener une transformation alors que j'identifie son besoin spirituel de plus grand dans son quotidien et son désir de l'intégrer dans un prochain accouchement.

5.2.2 L'affirmation spirituelle : le courage de plonger au-delà du bébé

Integrity is choosing courage over comfort [...]. (Brown, 2015, p. 98)

Les premiers codes derrière *plonger* sont apparus avant la notion même d'inconnu. Des codes comme « me préparer » y pointait déjà, mais l'étiquette *plonger* décrivait ce qui tient plus à un positionnement intérieur qu'à une action : alors que je fais face à l'inconnu, je plonge. C'est le courage.

Le courage : risque et abandon

L'importance du courage était une intuition avant même la collecte de données de ce projet, comme cette réponse à l'angoisse sentie chez les femmes enceintes ou récemment mères rencontrées dans des projets de recherche précédents. Sans l'avoir identifié ainsi à ce moment-là, je m'inscrivais dans une perspective existentialiste, voyant cette angoisse, c'est-à-dire cet état d'inquiétude important, moral et même métaphysique, comme une expérience fondamentale de la personne qui lui permet de saisir le monde et sa réalité et pouvant susciter une réponse qu'est le courage.

Spécifiquement, le courage décrit par le théologien Paul Tillich (1886-1965) dans *Courage d'être* offre un cadre cohérent avec les données en ce qu'il y présente le courage dans une vision ontologique et non éthique face à l'angoisse; non un acte de bravoure, mais « l'affirmation de soi universelle et essentielle d'un être » (1999, p. 4). Bien que décrivant différents types d'angoisses (qu'il renvoie à la notion de « non-être ») auxquels fait face le courage, il oppose spécifiquement à l'angoisse du vide et de l'absurde, *l'affirmation spirituelle* en tant que force créatrice, expression reprise pour décrire cette étape du processus spirituel de l'accouchement.

Dans l'accouchement, l'affirmation spirituelle est le double mouvement qu'illustre l'étiquette « plonger » : plonger est à la fois prendre le risque (le mouvement décisionnel où l'on s'élance); mais aussi le moment et le positionnement d'abandon dans la confiance (le moment de chute). Le pôle « prendre le risque » reflète une acceptation, le contraire d'endurer ou de se résigner, comme l'indique les niveaux de responsabilité évoqués précédemment (Dahlen et collab., 2010a) que peuvent prendre les femmes. Le sociologue Le Breton associe la notion du risque dans nos sociétés contemporaines avec ce qu'il appelle son « ombre », soit l'appel de la *sécurité* dans tous les domaines. Néanmoins, il rappelle que la sécurité entraîne des problèmes : « Ne pas prendre de risque n'en est pas moins un risque, celui de la sclérose [...]. » (Le Breton, 2017, p. 14) Certains choisissent ainsi le risque :

Dans la vie quotidienne [...], le risque est associé plutôt au danger, mais s'il est librement choisi, alors, à l'inverse, il est perçu comme motif d'épanouissement, occasion de se mesurer à une situation inédite, ressource pour redéfinir son existence, éprouver ses capacités personnelles, rehausser l'estime de soi, ou encore obtenir une reconnaissance des autres. Le risque délibérément pris est une école de caractère. En lui se loge une intensité d'existence, une attente passionnée. (Le Breton, 2017, p. 105)

Le Breton associe cette conception contemporaine du risque à la valeur de responsabilité individuelle, se détachant ainsi d'une notion de fatalité ou d'une volonté de Dieu qui dominait les sociétés d'avant :

La notion de risque implique de se détacher d'une métaphysique de l'existence et de ne plus voir derrière les événements la trace d'une divinité, mais le jeu des circonstances. [...] Le risque prend dès lors une forme laïcisée, profane et s'individualise. [...] La responsabilité est une notion corrélée à celle de risque. (Le Breton, 2017, pp. 35-36)

Dans ce contexte de responsabilité individuelle, l'angoisse est d'autant plus visible. La théorisation indique toutefois que ce sentiment de responsabilité individuelle peut être vécu tout en se permettant, dans l'accouchement, un abandon dans plus grand : les deux pôles de l'affirmation spirituelle indiquent ainsi que « prendre le risque » côtoie « s'abandonner à plus grand ». On renvoie ici encore à Tillich :

Le courage comporte toujours un risque, car il est toujours sous la menace du non-être : ce risque peut être celui de se perdre ou de devenir une chose parmi la totalité des choses, ou bien celui de perdre son propre monde dans une relation vide à soi-même. Le courage a besoin de la puissance de l'être, puissance qui transcende le non-être dans [toutes ses formes]. (Tillich, 1999, p. 125)

Sans tomber dans une déresponsabilisation vers plus grand, ou encore, dans le cas de l'accouchement, vers les soignants, l'abandon indique que l'on tolère l'ambiguïté inévitable de la vie qui amène la tension existentielle évoquée plus haut. Tillich parle de la tension entre destinée et liberté, comme l'explique Gounelle :

Destinée et liberté ne cessent de se combattre. À la différence du « destin » (pour qui tout est joué et écrit d'avance), la destinée ne supprime pas la liberté; elle la limite et la contraint. À l'inverse, la liberté ne peut pas supprimer la destinée (nous ne sommes jamais « des voyageurs sans bagage »), mais elle la combat, cherche à desserrer son étreinte et à la réduire au minimum. (Gounelle, 2014)

Il s'agit de trouver une position mitoyenne entre la passivité d'un abandon total et l'activité du contrôle total, afin de les intégrer et transcender, comme dans l'étude de Yang et collab. (2012, p. 333) auprès de personnes atteintes du cancer vivant une crise. Ainsi, le courage en tant qu'affirmation spirituelle est bien décrit par l'étiquette *plonger*, car il indique à la fois le geste responsable, choisi, tout autant que l'abandon qu'il nécessite : un geste performatif et une attitude passive-réceptive.

Le courage d'accoucher

Face à l'inconnu de l'accouchement, les femmes intègrent aujourd'hui la notion de responsabilité individuelle, évoquée plus haut avec le Breton (2017). Alors qu'un même discours de risque et de sécurité entoure le contexte actuel d'accouchement, les femmes vivent autant d'angoisse et la peur de l'accouchement, la tocophobie, est toujours aussi présente en dépit des avancées technologiques (Petit, 2015). Dans ce contexte, les femmes se polarisent sur certains choix, notamment la gestion de la douleur. D'une part, on comprend le désir de se déresponsabiliser, ou simplement de « choisir ses batailles » (Julia) en se remettant à l'équipe soignante et plus largement au système hospitalier

face à un besoin d'être rassurée et d'avoir des réponses claires. D'autre part, l'association risque-responsabilité faite par Le Breton est visible chez les femmes qui se préparent à outrance, « planifient » dans un désir de contrôle, de certitude et de performance. On peut ainsi observer ce type de réaction notamment chez certaines qui veulent accoucher « naturellement », en ce que ces femmes ont plutôt une vision de contrôle intérieure et désirent participer activement à l'accouchement dans l'ensemble du processus (Heinze & Sleight, 2003).

Au niveau individuel, la théorisation ancrée nous indique que le courage n'est pas dans la décision comme tel face à l'épidurale, il est dans le positionnement intérieur chez chaque femme. *La décision de plonger dans l'accouchement est un acte de courage*, non de l'angle de la bravoure (définition éthique du courage), mais plutôt d'affirmation de soi alors que je fais face à l'inconnu (définition ontologique); au contraire, citant Ricœur (1994), la souffrance correspond à une « diminution de la puissance d'agir. » (Trélaün, 2012, p. 107) L'état d'esprit de la femme pendant l'accouchement établit des processus cognitifs et évaluatifs qui construisent et donnent sens à son expérience de la douleur, comme l'indique l'étude phénoménologique de Whitburn et collab. (2014) sur leur perception de la douleur d'Australiennes ayant accouché à l'hôpital. Les descriptions faites par les femmes sur leur expérience de douleur suggèrent deux états d'esprit : i) un esprit demeurant ouvert, concentré et acceptant l'expérience intérieure, dont la douleur qui mène à une expérience de la naissance plus positive; et ii) un esprit distrait dont les processus de pensées incluaient une catastrophisation de la douleur, de l'autojugement et une évaluation négative de la douleur. Les femmes peuvent ainsi glisser d'un état d'esprit à l'autre.

Au niveau social, on peut néanmoins se demander si le phénomène de l'accouchement sous épidurale est un reflet de notre société qui refuse d'aller à la frontière, d'aller au-delà de l'ordinaire, donc de faire face à l'inconnu en évitant l'inconnu? Tillich spécifie que l'on peut donner un objet à une angoisse existentielle afin de sentir que l'on peut agir dessus en tant que peur. Serait-il possible que l'angoisse se manifeste dans l'accouchement, mais n'ayant pas d'objet précis, on lui en donne une, soit la douleur? En mettant leur attention sur la douleur, les femmes réduiraient leur angoisse à un objet (ici la douleur) sur lequel elles peuvent agir, notamment avec l'épidurale. Toutefois, comme Tillich l'indique : « ultimement, les tentatives pour transformer l'angoisse en crainte sont vaines. On ne peut éliminer l'angoisse fondamentale, l'angoisse d'un être fini devant la menace du non-être. Elle appartient à l'existence même. » (1999, p. 32)

Rollo May, élève de Tillich, indique dans *Courage to create* (1975) comment les technologies peuvent être une barrière lorsque nous les plaçons entre nous et des éléments de l'inconscient afin de nous protéger: *“What people today do out of fear of irrational elements in themselves as well as in other people is to put tools and mechanics between themselves and the unconscious world.”* (1994, pp. 69-70) Ce qui inquiète May est que cette protection non seulement peut amener au conformisme (1994, p. 73), mais surtout bloque aussi la créativité (1994, p. 71). Je me questionne sur le sens d'une vie à fuir des expériences de douleur, bien que ce soit une réaction intuitive de l'éviter et de s'en soulager. De même, la chercheuse Brené Brown (2012) parle du courage d'être vulnérable, et des effets dévastateurs de ce qui nous engourdit, tels l'alcool et le travail auxquels on pourrait ajouter l'anesthésie : lorsque l'on veut se couper des émotions négatives (honte, angoisse), on se coupe aussi des émotions positives (joie, sens à la vie). De manière parlante, elle utilise l'imagerie de l'accouchement et même de l'épidurale pour témoigner de ce *courage d'être vulnérable* :

As a lover of all things certain, I wanted faith to work like an epidural; to numb the pain of vulnerability. As it turned out, my faith ended up being more like a midwife – a nurturing partner who leans into the discomfort with me and whispers “push” and “breathe.” Faith didn’t make my life less vulnerable or comfortable, it simply offered to travel with me through the uncertainty. (Brown, 2011)

Les femmes sont donc invitées au courage et à l'affirmation spirituelle face aux trois types d'angoisse décrits par Tillich, soit sortir: i) de la performance en tant qu'illusion face à l'angoisse de vide de sens; ii) de la maternité idéalisée en tant qu'illusion face à l'angoisse de culpabilité; et iii) du contrôle en tant qu'illusion face à l'angoisse de la mort. Ainsi, la sage-femme française Trélaün termine son livre *J'accouche bientôt : que faire de la douleur?* de cette manière: « J'aimerais que les femmes trouvent le courage de se lancer dans l'inconnu. Je sais qu'elles en sont capables. » (Trélaün, 2012, p. 227) La question demeure à savoir si les circonstances, l'environnement et l'accompagnement entourant l'accouchement le permettent.

Ainsi, un équilibre est nécessaire entre responsabilité et abandon. Accoucher est à la fois « prendre le risque », c'est-à-dire choisir de vivre une expérience suscitant une angoisse existentielle, et s'abandonner en acceptant d'embarquer dans une partie de sa vie où il n'y a pas de repère ni de contrôle. Pour certaines, cela s'exprime par un abandon dans plus grand, tel que décrit par Callister et Khalaf (2010) et documenté ailleurs. (Frances-Fischer, 2005; Green, 2015; Roudsari et collab., 2007; Sun et collab., 2011) Pour d'autres, c'est l'acceptation complète de la douleur, dans ce

concept controversé de « douleur volontaire » ("voluntary pain", Klassen, 2001a). Pour d'autres encore, cette affirmation de soi peut encore être mobilisée lorsque l'épidurale ne fonctionne pas, dans *ne pas avoir le choix*.

Enfin, accoucher en tant qu'affirmation spirituelle va au-delà du désir de l'enfant, sans aller à l'encontre de celui-ci, de la manière que Schneider (2009) intitule sa thèse : *Beyond the baby*. On critique parfois les femmes qui désirent accoucher comme elles le souhaitent, de poser un acte égoïste qui met en péril la sécurité de l'enfant. Pourtant, dans une vision ontologique du courage, l'affirmation de soi est vue comme distinct de l'égoïsme. Se référant à la vision de Spinoza du désir comme essence de l'être humain décrit comme « effort pour grandir dans notre être », Tillich précise : « aucun conflit entre affirmation de soi et amour ne peut être pensé [si l'on] présume que non seulement l'affirmation de soi se distingue de l'«égoïsme», au sens de défaut moral, mais encore qu'elle en soit exactement le contraire. » (1999, p. 18). Comme la souffrance est la mise à mal du désir, le courage de *plonger* va au-delà du désir d'enfant dans le sens de résignation ou sacrifice pour lui dans l'accouchement, pour être l'affirmation spirituelle de la personne.

5.2.3 La connexion spirituelle : en/hors moi

L'expérience de connexion spirituelle, deuxième étape du processus spirituel, est décrite avec beaucoup d'émotions par les femmes. Que ce soit une expérience recherchée ou qu'elle surgisse par surprise, elle émerge de la personne tout en venant hors d'elle. C'est ce qu'exprime le mot même expérience : une sortie (*ex*) du péril.

L'expérience de connexion spirituelle : kairos

« En/hors soi » recoupe la notion de *kairos* en ce que l'expérience spirituelle provient d'en dehors de soi et qualifie un moment opportun qu'il faut saisir à un temps spécifique. Contrairement à *chronos*, la notion linéaire du temps, le *kairos* est mesuré par le ressenti et évoque la profondeur dans l'instant; le premier amène au contrôle, alors que le deuxième est une occasion à saisir et l'ouverture au mystère. Il amène ainsi un changement de perception, un basculement qui tranche avant/après (comme nous verrons dans la section 5.2.4 sur la transformation spirituelle) bien que la personne puisse aussi ne pas saisir cette opportunité. Il se compare ainsi à d'autres concepts: acmé, mirium, climax, surprenance. (Richard & Boivin, 2019)

En théologie, le kairós est l'action de Dieu à un moment particulier. Pour Tillich, c'est un « don », l'idée d'une plénitude des temps qui ramène à un nouvel instant créateur :

Selon Tillich, le kairós, au sens de l'heure de Dieu, est, d'abord, un don. Il ne dépend pas de nous, nous n'en disposons pas, nous n'avons pas le pouvoir de le provoquer ou de l'engendrer. À certains moments, le Royaume s'approche; nous n'y sommes pour rien; c'est Dieu qui nous l'envoie. (Gounelle, 2014)

Si elle est « hors soi », l'expérience spirituelle se vit pourtant « en » soi. Schüssler décrit ainsi la théologie de la culture de Tillich « non pas comme “ discours sur Dieu comme un objet à côté d'autres ”, mais comme “ discours sur la manifestation du divin dans et à travers tout étant ” » (Schüssler, 2017, p. 368). Particulièrement dans le monde actuel, cette expérience en soi passe spécifiquement par le corps, qui comme l'indique Bergeron, fait « partie prenante de l'expérience spirituelle » : « La démarche spirituelle va du corps à l'âme, du dehors au dedans, du sensible au transcendant. » (Bergeron, 1999, p. 15) Dans sa thèse, Gaston Lachance (2012) utilise cette même notion de « en/hors » pour décrire la nature de l'expérience spirituelle des personnes ayant un problème de santé mentale dans un parcours de rétablissement. L'expérience spirituelle est décrite comme « résultante de la présence du divin ‘en’ et ‘hors’ de soi ». (Lachance, 2012, p. 124)

La proposition faite sur la place du corps dans l'expérience spirituelle est encore plus radicale dans l'étude de Yang et collab. (2012) auprès de patients atteints du cancer vivant une crise existentielle : le *breakdown* physique, dans leur cas la maladie, serait une composante *nécessaire* et un *symptôme* à l'autotransformation. Cette étude partage plusieurs caractéristiques avec ma démarche doctorale ce qui amène des comparaisons révélatrices : une méthodologie par théorisation ancrée; la spiritualité comme concept sensibilisation définie à partir de Waaijman comme spiritualité vécue (*lived spirituality*) intégrant un processus actif et passif; un accent mis sur le processus spirituel dans un contexte de vulnérabilité du corps. On y présente la spiritualité non pas comme un outil pour maîtriser les événements négatifs de la vie, mais plutôt comme un processus, une qualité qui évolue quand les patients sont dans une crise existentielle. Cette dernière serait essentiellement un processus psychospirituel de confrontation avec 'l'autre' (la mort, l'absolu, Dieu) qui peut se caractériser par une conscience de sa finitude, une dissolution dans le futur, une perte de sens, une détresse émotionnelle, un isolement, un sentiment d'impuissance, une crise identitaire.

Leur proposition indique que *c'est le corps qui initie le processus* de traverser et de traiter une crise existentielle (Yang et collab., 2012, p. 323) et qu'il peut jouer un rôle décisionnel dans la capacité d'être ici et maintenant plutôt qu'être obsédé par un futur menaçant (Yang et collab., 2012, p. 324). Le corps joue un rôle dans la question du sens lorsque les personnes peuvent se libérer du mécanisme défensif de masquer leurs émotions : elles peuvent connecter avec encore plus de vérité et de profondeur à leur soi véritable ainsi qu'avec la nature véritable du monde. (Yang et collab., 2012, p. 324) Enfin, l'étude rappelle que dans le contexte de soins actuel, axé sur le diagnostic hospitalier et les protocoles de traitement, le corps est perçu comme un objet en soin, une partie séparable de la personne : ceci amène la personne à se détacher de son corps. Pourtant le corps n'est pas qu'un objet d'interventions externes, mais aussi le sujet d'une expérience intérieure et d'agentivité en tant que désir de faire face à la crise existentielle. (Yang et collab., 2012, p. 327)

Ainsi, la spiritualité n'est pas seulement une expérience merveilleuse de faire part à un tout plus grand ou au sentiment d'être élevé à un état plus haut, mais aussi un processus actif-passif d'entrer en contact et de lutter avec « l'autre » qui change la personne dans l'essence même de son être. (Yang et collab., 2012, p. 329) La spiritualité est ainsi *connexion* comme le décrit la théorisation ancrée de Brené Brown :

Spirituality is recognizing and celebrating that we are inextricably connected to one another by a power greater than all of us, and that our connection to that power and to one another is grounded in love and belonging. (Brown, 2015, pp. 10-11)

La connexion dans l'accouchement

L'expérience de connexion spirituelle de *sentir plus grand en/hors soi* est décrite ailleurs que dans la théorisation ancrée. Cette connexion caractérisée par ce « en » et « hors » soi était déjà identifiée dans mon mémoire de maîtrise comme étant à la fois un « enfoncement intérieur » et une « ouverture vers l'Autre/l'autre ». (Bélanger-Lévesque, 2012) Dans sa recension, Schneider (2009) indique que les chercheurs ont décrit l'accouchement comme expérience-sommet depuis près de cinquante ans.

La notion de *kairos* est centrale aux recherches phénoménologiques sur l'accouchement de Crowther et collab. (2015) auprès de mères, de partenaires de naissance (pères et grand-mères), de sages-femmes et d'obstétricien.ne.s en tant que connexion spirituelle (*spiritual connectedness*) souvent ressentie au moment de la naissance bien que rarement discuté :

Kairos time describes an existential temporal experience that is rich in significant sacred meaning; a time of emergent insight rarely spoken about in practice yet touches everyone present. The notion of Kairos time in relation to the moment of birth is introduced as a reminder of something significant that matters. Kairos time is revealed as a moment in and beyond time. It has a temporal enigmatic mystery involving spiritual connectedness. (Crowther et collab., 2015, p. 451)

Le temps *kairos* peut se caractériser par une expérience-sommet, un moment critique opportun, pas comme les autres, visible et invisible, de complétude de l'être, d'interconnexion, d'abondance de sens (*overflowing meaningfulness*) ouvrant à de nouvelles possibilités. (Crowther, 2018, p. 20) S'appuyant sur la phénoménologie de Heidegger, le temps *kairos* est décrit comme une expérience sans début et sans fin, qui unit le passé et le futur dans un *maintenant* profondément ressenti. (Crowther et collab., 2015, p. 452) On parle d'expérience numineuse, qui connecte à plus grand:

Interpretive analysis reveals how birth acts as a catalyst for transition from a world of 'me' and 'I' [me-world] to an experience of 'us' [we-world]. [...] There are often unexplainable numinous or spiritual experiences where participants are confronted and gathered with unseen others. [...] Kairos intensifies the possibility of numinous experiences at birth and being touched by something holy. (Crowther et collab., 2015, p. 455)

Si ce *kairos* est précieux et puissant, il est aussi vulnérable : les personnes présentes lors de l'accouchement doivent le protéger, et prendre un temps d'arrêt pour lui permettre de déployer en profondeur le sens qu'il peut porter. (Crowther et collab., 2015)

Certaines participantes dans mon projet témoignent du bonheur de cette expérience peu connue. Sentiment peu compris socialement, elles souhaitent même le revivre : rares sont les récits publics de femmes qui ont hâte d'accoucher pour l'acte physique comme tel, celui qui mobilise leur être complet (corps-âme-esprit).

We hear a great deal about the pain of childbirth, but very little about the joy and pleasure of feeling the contractions, bearing down as the baby pushes into the world, and experiencing harmony with the rhythms of one's body as it does the incredible work of birth. (Budin, 2001, p. 40)

La notion de *disponibilité* discuté dans la relation de soins (section 5.1.2) décrit la posture d'ouverture nécessaire face à la beauté du processus d'accouchement :

Given the well-documented and zestfully described experiences of pain, it bears examination that there are many women who describe a natural childbirth as one of the spiritual high points of their lives: not just the incredible gift of the new son or daughter, but the gift of the physical experience of giving birth. There is a [...]

'secondary reflection' (Marcel) on the experience of childbirth that is rooted in wonder and mystery. To see the beauty of the process of childbirth, to see birth as a sign, requires the openness that is disponibilité. (Windley-Daoust, 2014, p. 57)

Cette expérience passe par le corps, dans des sensations qui dépassent la personne, et peuvent la surprendre positivement : elles font la découverte d'un lieu profond de réflexion, de conscience à l'intérieur d'elles-mêmes. La théorisation ancrée identifie ainsi l'importance de *me sentir pour rentrer dans ma profondeur et connecter à une force plus grande*. On parle aussi des états de conscience altérée, de l'expérience peu connue et documentée, bien que marquante du *labourland* (Moloney, 2009). Si cette expérience est liée au processus hormonal de l'accouchement, ceci n'invalide pas sa dimension spirituelle comme l'indique l'expérience faite sur les effets de l'administration d'ocytocine sur la spiritualité : "*Oxytocin appears to be part of the way our bodies support spiritual beliefs.*" (Van Cappellen, Way, Isgett, & Fredrickson, 2016) Pour mes participantes, cette connexion spirituelle est une expérience inexplicable, qui ne peut être comprise et expliquée par la raison, attribuée à autre chose que la « chance » et le « hasard » : l'opposition rationalité et spiritualité tombe.

On décrit la spiritualité incarnée (*embodied spirituality*) de l'accouchement comme l'expérience de connexion avec soi-même, les autres, l'environnement et le cosmos que certaines décrivent comme bienheureuse (*blissful*), mais aussi comme une expérience contre-culturelle. (Moloney, 2009) Toutefois, pour faire une expérience en/hors soi, il faut d'abord être en soi, dans son corps, ce qui dans l'accouchement constitue un défi, mais aussi une opportunité pour les femmes d'aujourd'hui, critiques de leur corps :

Perhaps in contemporary America, where women are taught to be observers and critics of their own bodies from the outside, the pain of childbirth puts women back in their bodies. In this specific context, the counter-cultural force of pain holds an empowering, and for some, salvific dimension. (Klassen, 2001a, p. 94)

Pour certaines qui choisissent l'accouchement sans épidurale, cette expérience contre-culturelle passe en démantelant les discours de peur, en créant un environnement d'intimité et de sécurité et en s'abandonnant au processus de naissance, elles s'ouvrent au pouvoir sacré permettant une expérience extatique. (Moloney, 2009) Ces expériences peuvent ainsi être souhaitées (*choisir d'être obligé*), mais sans promesse d'y toucher, tout comme elles peuvent se présenter de manière inattendue (*frapper le mur de la spiritualité*). L'exemple de Gabrielle l'illustre bien : alors qu'elle dit avoir une tête et un corps qui « ne se parlent pas très bien », elle a touché pendant un court

moment de son accouchement une communion entre les deux où elle a pu se calmer, se concentrer à l'intérieur et sentir un lieu en elle où elle n'avait plus besoin de personne.

Toutefois, en prenant l'épidurale, la femme se coupe d'une partie de son senti et a comme conséquence d'empêcher de vivre entièrement l'expérience. Depuis longtemps, l'anesthésie est vue comme pouvant compromettre le sentiment de maîtrise des femmes, contribuant à un sentiment de détachement de l'accouchement où elles se sentent plus comme des observatrices que des participantes. (Liefer 1980, cité par Schneider, 2009, p. 108) C'est ce que j'ai étiqueté *passer à côté de quelque chose* et que St-Amant nomme le « sacrifice d'expérience » par la péridurale, « une entrave à l'empuissancement » (St-Amant, 2013, p. 369) :

L'enfantement n'a pas à être jouissif, orgasmique ou indolore pour constituer une expérience relevant de l'extatique, une expérience que des femmes réclament encore au 21^e siècle et désirent se réapproprier. Être coupée de la sensation, comme le fait la péridurale si facilement administrée (bien entendu salubre pour celles qui souffrent), peut avoir des répercussions profondes sur l'expérience globale de la maternité, que certaines femmes traduisent en termes de manque. (St-Amant, 2013, pp. 255-256)

Ceci décrit bien l'expérience de manque rapportée par Eugénie dans ses accouchements sous épidurale, ou encore l'anesthésie comme « non-événement » :

[H]er childbearing experience may become so alien that for her it ceases to exist. Childbearing then becomes a nonevent, and what a woman should have been allowed to experience as a meaningful, sacred experience is denied to her. (Rabuzzi 1994, cité par Schneider, 2009, p. 108)

Les femmes qui ont pris l'épidurale témoignent aussi d'une expérience spirituelle, mais toujours liée aux sensations, soit parce que l'épidurale ne fonctionne pas (*ne pas avoir le choix*) ou encore avant la prise de l'épidurale ou après la naissance de l'enfant dans l'expérience sensorielle du contact avec l'enfant. Ce n'est pas de prendre ou non l'épidurale, mais bien de pouvoir connecter avec soi et de faire l'expérience de *se sentir*, de *sentir toute* [sic], la joie comme la souffrance.

L'accouchement sous anesthésie épidurale est-il symptomatique d'une peur de connexion, ce refus d'être vulnérable, autant chez le parent que chez le soignant? Sans indiquer que la douleur soit nécessaire, on peut imaginer qu'elle peut être l'adjuvant de cette expérience de connexion signifiante, en ce qu'elle ajoute, elle potentialise, bien que n'était pas toujours agréable ou confortable. Elle serait ainsi un « ingrédient de la spiritualité » (Sorajjakool, 2006, p. 25) :

Our culture does not promote acceptance of these multiple dimensions of human vulnerability. But it seems that healthy people are those who learn to accept and integrate pain and suffering into their system of meaning, because ultimately there is no life without death, no health without sickness, and no pleasure without pain. (Sorajjakool, 2006, p. 35)

5.2.4 La transformation spirituelle : devenir moi

Ultimement, l'expérience de connexion spirituelle ou encore de cette affirmation qui vient d'un « plonger » peut engendrer une *transformation spirituelle* ici appelée « accoucher de moi-même ». Avoir un processus qui se boucle avec une telle transformation inscrit cette étude en cohérence avec plusieurs écrits sur la spiritualité comme sur l'accouchement.

Le processus de transformation comme objet de la spiritualité

Le théologien hollandais Kees Waaijman (1942-) accorde une place centrale au processus de transformation dans son importante étude de la spiritualité:

*(1) The area of spirituality can be defined as a divine-human relational process: a bipolar whole in which the divine and the human realities take shape reciprocally.
(2) This area of reality can be properly studied as a process of transformation: the process of a reciprocally taking shape between the divine and the human poles in which the transitional moments are especially important. (Waaijman, 2002, p. vii)*

L'adaptation de Yang et collab. (2012) des processus de Waaijman rejoint mes observations. Le *processus relationnel* décrit la dynamique de l'humain vis-à-vis le référent spirituel (*reality-as-it-is*), exprimé dans une acceptation de la situation et dans l'expérience d'une connexion avec une réalité transcendante. En étant obligé d'abandonner l'illusion de contrôle face à l'imprévisibilité de la vie, un lâcher-prise peut devenir libérateur, ouvrant à une plus grande appréciation de l'existence exprimée par de la joie, de la satisfaction et de l'émerveillement. Le *processus transformationnel* décrit les changements fondamentaux par rapport à une perspective de la réalité et de soi. L'expérience de connexion avec une réalité plus grande amène paradoxalement à une plus grande connexion avec son propre pouvoir. Conséquemment, la personne développe plus de courage à affronter ses insécurités et souhaite prendre ses propres décisions, ce qui peut ainsi entraîner des changements dans leur relation avec les autres, notamment en réduisant leur dépendance émotionnelle. C'est aussi ce que mes résultats indiquent : la transformation spirituelle permet ainsi d'alimenter et de solidifier le noyau spirituel.

Ces changements fondamentaux, en tant que processus impliquant des discontinuités, sont reconnus par d'autres penseurs : « *This is exactly why De Certeau speaks of a 'rupture in the pattern of meanings' and Turner of a 'liminal experience'.* » (De Certeau 1966 et Turner 1969, cités par Yang et collab., 2012, p. 328) On peut aussi évoquer l'*ébranlement* du théologien Edward Schillebeeck (1914-2009) ou la dernière étape du mouvement ternaire de Tillich d'irruption-ébranlement-retournement. Jean-François Malherbe (1950-2015) propose le néologisme *surprenance* en tant qu' « un exact synonyme de transcendance », comme étant cette « disposition des individus – et de l'Univers aussi – à produire des surprises. » (Malherbe, Courbat, Pétel, & Salem, 2010, p. 18) La spiritualité serait ainsi le « rapport que nous nous autorisons à notre propre 'surprenance', c'est-à-dire à cette part d'eux-mêmes qui en eux les surpasse. » (Malherbe & Audet, 2007, p. 97)

Cette approche dynamique de la spiritualité est beaucoup plus exigeante que la simple croyance en un dieu-ressource pour résoudre les problèmes du quotidien : « *It is a continuous search for an attitude that might make accessible the ground between life and death, controlling and letting go, dependence and independence, self and other, and thus provide relief from the inner turmoil.* » (Yang et collab., 2012, p. 336) Si plus exigeante, elle est toutefois plus descriptive et adaptée aux réalités contemporaines. En ce sens, Waaijman nomme spiritualité primordiale (*primordial spirituality*), ce chemin de création et de croissance vers notre intérieur (*inner core*) qui se vit dans plusieurs éléments de notre vie (l'amour, les relations, la mort), dont l'accouchement et la naissance. (Waaijman, 2010)

La transformation spirituelle possible dans tout accouchement

Décrire l'accouchement comme un *rite de passage* (Davis-Floyd 1992 et Dwinell 1992, cités par Schneider, 2012) met de l'avant le changement et la transformation qui s'y vit ainsi que la prise de conscience des dimensions spirituelles :

Understanding birth as a rite of passage provides a more nuanced understanding of how women may be simultaneously changed and influenced by their birth experiences, as well as how spirituality may emerge as a theme even for women who were not anticipating its relevance to the birthing experience. (Schneider, 2012, p. 214)

L'accouchement serait une *initiation spirituelle*, un moment transformateur d'ouverture spirituelle et de confiance en soi qui peut mener à un changement de l'identité et même de la trajectoire de

vie. (Moloney, 2009) Il offre une opportunité d'enrichissement personnel et de développement spirituel à une période critique dans le développement de la femme alors qu'elles s'engagent vers l'inconnu. (Lipperini, 2016) Il doit ainsi y avoir un sacrifice conscient d'un état physiologique et identitaire précédent (Moloney, 2009), la mort de l'ancien soi (Lipperini, 2016) ou « mort de l'ego » (Lahood, 2009). L'expérience liminale peut être alors vécue, un entre-deux où se vit un changement intérieur profond (Davis-Floyd, 2001). C'est « se donner la chance de re-naître » (Trélaün, 2012, p. 222), de découvrir un nouveau soi (Lipperini, 2016) ou tel que décrit dans les résultats de ce projet, *accoucher de moi-même*.

On a fait de l'enfantement un événement alors que c'est un avènement. Un pur 'advenir' (Ereignis). Selon Edwards (2001), il peut être conçu comme une occasion formidable, comme un potentiel d'évolution psychique et spirituelle, et non seulement un ensemble de risques. (Lemay, 2017, p. 92)

Accoucher « serait fondamentalement un processus et une expérience de transformation » (Lemay, 2017, p. 109) qui survient tout d'un coup ou graduellement (Crowther, 2018, p. 21), et peut créer une urgence spirituelle (*spiritual emergency*) de questionnement et de changements de valeurs et du sens de la vie. (Lemay & Hastie, 2017, p. 106).

Toutefois, cette initiation spirituelle est-elle présente chez celles qui accouchent avec l'épidurale? Mes résultats indiquent que la transformation est plus prédominante chez celles ne prenant pas l'épidurale, qui en limiterait l'effet. Similairement, Moloney (2009) indique que si cette transformation peut survenir pour tout accouchement, même suivant une expérience traumatique, la majorité de ces expériences transformatrices émergent d'accouchement sans anesthésie ou avec peu d'interventions. La transformation qui découle de l'état altéré de conscience peut notamment être un lieu d'*empowerment* important pour les femmes: "*In that altered state of consciousness, when women discover their sacred procreative power, it changes them irrevocably.*" (Moloney, 2009, p. 205) Tout en étant consciente des enjeux de débattre de ces questions, en ce que cela peut sous-entendre un critique des femmes qui choisissent ou ont besoin de cette intervention, Moloney s'inquiète de ce qu'il adviendra avec la hausse de l'utilisation de l'épidurale, et de la prédominance du paradigme de soulagement de la douleur.

En effet, certaines évoquent le rôle de la douleur dans cette transformation. On invoque que lorsqu'on travaille avec la douleur, elle peut être une source de puissance. (Leap & Anderson, 2008) L'expérience de la douleur de l'accouchement est décrite comme un temps pour une

transcendance psycho-spirituelle (*a time for psycho-spiritual transcendence*) pouvant amener l'auto-actualisation (*'self-actualization'*) et le développement spirituel. (Taghizadeh, Ebadi, Dehghani, Gharacheh, & Yadollahi, 2017) Faire l'expérience de la douleur et de la joie de l'accouchement, ainsi que la confiance en sa capacité d'accouchement, peuvent mener à un incroyable sentiment d'accomplissement, une expérience d'autotranscendance (*self-transcendence*), soit le sentiment de dépasser ses limites personnelles souvent liées à des idées spirituelles telles que de considérer faire partie de l'univers. (Budin, 2001) Dans une interprétation d'une théologie du corps, on peut voir la douleur comme une expérience qui est donnée pour dépasser ses perceptions: « *Perhaps the gift of the natural birth process is that it helps us to experience and express God's work in us, as God's people and as an individual child of God.* » (Windley-Daoust, 2014, p. 85) L'expérience de la douleur peut ainsi avoir des conséquences concrètes :

For those women who embraced unmedicated birth as the best way to birth their babies and as an uncertain path to unknown meanings, pain often (but not always) transformed and enhanced relationships, whether with God, their husbands, or their children. (Klassen 2001, p. 212)

Néanmoins, on indique déjà que ce ne sont pas toutes les expériences de douleur qui apportent des transformations : il apparaît que le fait d'accoucher sous épidurale n'empêche pas cette expérience, comme le fait d'accoucher sans elle ne la garantit pas. D'une part, il y a distinction entre *la douleur choisie et celle subie*, en ce que la première amène la femme à *plonger* dans l'inconnu (affirmation spirituelle) et peut entraîner conséquemment une plus grande transformation. D'autre part, il y a aussi distinction dans la transformation de la femme entre *l'épidurale choisie et celles « forcées »*. (Schneider, 2009, p. 108) Ainsi, parmi les thèmes émergeant de l'étude qualitative sur l'expérience de l'accouchement sous épidurale, si les femmes se sont senties soulagées par l'épidurale, elles nomment à la fois une expérience de joie et de dépassement associée à ce type d'accouchement, mais aussi un sentiment incertain (*unsettled*) d'ambivalence : l'attention au soin (*sense of caring*), la connexion et le contrôle sont des clés pour assurer une expérience de naissance positive, peu importe la méthode de gestion de douleur. (Hidaka & Callister, 2012)

Selon Schneider (2012), de manière globale, et ce *peu importe le type d'accouchement et au-delà du bébé*, les femmes indiquent que l'accouchement est d'une grande importance et une expérience transformatrice. Les changements documentés recourent mes résultats sur l'importance de la

spiritualité dans cette expérience et sa nature signifiante et transformatrice, notamment dans: i) le sens donné à l'expérience d'accouchement qui dépasse les perceptions sociétales de l'accouchement en tant qu'événement médical ou un moyen d'avoir un enfant, en tant que mystère ou événement sacré; ii) le sens donné à soi-même, en ce que leur vie est changée et que l'accouchement est une nouvelle source d'appréciation de soi; iii) les résultats qui transforment (*"Source of Connection," "Inspired Emotions," "Spiritual Shifts", "Fulfillment of Purpose," "Personal Power"*).

La transformation n'est toutefois pas toujours positive, car les femmes s'évaluent elles-mêmes à partir de l'expérience d'accouchement: *"A consistent and strong storyline emerged in spite of the type or "quality" of birth experience: birth says something about me."* (Schneider, 2009, p. 194) Cette identification est préoccupante alors que 65% des répondantes indiquent avoir vécu un sentiment d'échec lors de l'accouchement, échec qu'elles s'attribuent, sous-estimant l'influence des standards sociaux et de la culture de l'accouchement. (Schneider, 2018) Ce processus d'évaluation peut résulter lors de l'accouchement d'une déconnexion de l'enfant et des soignants ou une complète dissociation de l'expérience, et éventuellement à conclure qu'elles sont moins une femme, "moins une mère" ou d'avoir fait échec (*failed*) à leur bébé.

Their birth experiences somehow represented something about them; ranging from a reflection of a great accomplishment which would provide the strength and courage to face other life challenges to a sign of personal failure. Many of the women reflected on how these feelings then went on to either serve them, or haunt them in childrearing, as well as other life experiences. (Schneider, 2009, p. 190)

Ces impacts de l'auto-évaluation ont aussi été observés dans mon projet, autant dans la joie et l'accomplissement que dans un sentiment d'échec, ce qui permet de jeter un nouvel éclairage sur l'épidurale. Une conception binaire de l'accouchement, entre le (mauvais) médicalisé et interventionniste et le (bon) physiologique et normal, est problématique, car: i) elle n'illustre pas les expériences des femmes dans leur diversité; ii) cela néglige la dimension potentiellement positive que les accouchements médicalisés ont pour certaines femmes; mais aussi iii) les femmes peuvent être exclues (par elles-mêmes ou par les autres) comme des victimes et des échecs lorsque des interventions, médications ou autres formes de difficultés personnelles intègrent leur expérience d'accouchement. (Thomson, 2017) C'est la manière dont elles réagissent à l'intensité de l'accouchement et qu'elles sont capables de s'ajuster à un accouchement très différent à ses attentes, qui peut amener les femmes à se connecter ou déconnecter du travail, et d'évaluer cette

expérience comme puissante ou traumatisante en se rappelant l'accouchement, en en faisant le récit, et en tentant d'intégrer cette expérience en jugeant émotionnellement leur « performance ». (Dahlen et collab., 2010a)

Pourtant, il peut y avoir transformation même dans le cas des accouchements liés à un trauma, c'est-à-dire un accouchement où la femme perçoit une menace ou une expérience de tort majeur de sa personne ou de l'enfant ou encore où elle est traitée d'une manière déshumanisante. (Beck & Watson, 2016) La croissance posttraumatique (*posttraumatic growth*) est décrite en quatre étapes dans une étude phénoménologique : 1) s'ouvrir à un nouveau présent; 2) atteindre un nouveau niveau de vulnérabilité (*nakedness*) relationnelle; 3) renforcer un esprit spirituel (*spiritual-mindedness*); et 4) forger de nouveaux chemins. (Beck & Watson, 2016) Ceci est possible lorsque l'accouchement est défini par la femme elle-même (*self-defined traumatic birth*) et peut se manifester par : une appréciation de la vie, un changement ou développement spirituel, une plus grande force personnelle (notamment une meilleure confiance en leur corps), des liens plus forts avec les autres (notamment leur enfant) et une ouverture vers de nouvelles possibilités dans leur vie. (Thomson, 2017, p. 142)

Ainsi, tout type d'accouchement peut être vécu négativement *et* être transformateur :

In the literature, a 'normal' (i.e. vaginal, intervention-free) childbirth event is heralded as the gold standard; a birth imbued with personal and spiritual growth and positive adaptation to the parenting role [...]. However, in my and others' research, there are stories that reveal how all types of birth ('normal' or otherwise) can be experienced as negative/traumatic events, and how these births can create new purpose and meaning. (Thomson, 2017, p. 142)

Les résultats autour de la catégorie *accoucher de moi-même* recoupent ces thèmes sur la croissance posttraumatique : l'appréciation de la vie (mieux apprécier chaque jour et changer mes priorités), la force personnelle (être plus forte que je le pensais, plus capable d'accepter, mieux gérer les difficultés, compter plus sur moi), les nouvelles possibilités (nouveaux chemins de vie, essayer de changer les choses, développer de nouveaux intérêts) et le lien avec les autres (me sentir plus proche des autres, mettre plus d'efforts dans mes relations).

Accepter mon histoire décrit dans les résultats comme travail d'intégration de son expérience, peut être décrit comme un exemple du courage d'accepter d'être accepté de Tillich, en tant que foi et ce qu'il apporte d'acceptation :

Nous avons défini le courage comme l'affirmation de l'être en dépit du non-être. La puissance de cette affirmation de soi est la puissance de l'être qui est à l'œuvre dans tout acte de courage. La foi est l'expérience de cette puissance. Mais c'est une expérience qui possède un caractère paradoxal : celui d'accepter d'être accepté. (Tillich, 1999, p. 137)

De même, la théorisation ancrée de la chercheuse Brené Brown indique que se relever (*rising strong*) dans l'épreuve doit être une pratique spirituelle :

Getting back on our feet does not require religion, theology, or doctrine. However, without exception, the concept of spirituality emerged from the data as a critical component of resilience and overcoming struggle. [...] rising strong after falling must be a spiritual practice. Rising demands the foundational beliefs of connection and requires wrestling with perspective, meaning and purpose. (Brown, 2015, pp. 10-11)

Ainsi, autant le processus de transformation qui vient de l'affirmation spirituelle et de la connexion spirituelle que celui qui vient de l'acceptation de sa réalité est un « travail ». Comme l'accouchement, le travail (*lupe*) caractérise l'ensemble de la vie, car, comme le suggère Windley-Daoust à partir de la métaphore de Jean 16, *nous sommes tous en train d'accoucher*. (2014, p. 85)

5.3 Synthèse : la « mise au monde » et l'axe de l'épidurale

La méthodologie de théorisation ancrée constructiviste n'adopte pas une vision positiviste de la *théorie*, mais plutôt une posture d'une théorie interprétative d'une réalité qui établit des relations entre des concepts plus abstraits afin de tenter de répondre au *pourquoi* des situations, ce que d'autres méthodologies évitent :

Theories offer accounts for what happens, how it ensues, and may aim to account why it happened. Addressing why questions about observed actions often raises existential issues such as those of meaning and moral value [...]. Grounded theory has had a long history of raising and answering analytic 'why' questions in addition to 'what' and 'how' questions. (Charmaz, 2014, p. 228)

Ainsi, six concepts autour du processus spirituel émergent de la thèse, approfondis dans cette discussion en les mettant en dialogue avec d'autres recherches sur la spiritualité et sur l'accouchement, soit : le « faire face à l'inconnu », le noyau spirituel, la souffrance spirituelle, l'affirmation spirituelle, la connexion spirituelle et la transformation spirituelle.

Sur l'axe précis de l'épidurale, la théorisation émergente permet de conclure que l'anesthésie épidurale limite (sans empêcher) le processus spirituel de la femme, car son utilisation est réponse pour pallier la souffrance spirituelle, plutôt qu'y répondre. L'utilisation de l'épidurale, soit *me*

soulager avec l'épidurale, est aussi mieux située et comprise, en la situant comme une réponse palliant la souffrance qu'engendre les besoins spirituels non répondus lorsque le noyau spirituel est insuffisamment solide ou sollicité face à l'inconnu de l'accouchement. Me soulager avec l'épidurale peut être bénéfique, voire stratégique, si elle me permet de fuir la détresse spirituelle. Toutefois, l'épidurale, du fait qu'elle est prise dans la souffrance, limite souvent l'accès au processus spirituel d'affirmation, de connexion et de transformation spirituelle. Néanmoins, aucun de ces impacts n'est irréversible, puisque le processus spirituel peut être (ré)intégrer à toutes les étapes, d'autres chemins vers le processus spirituel pouvant être trouvés : des circonstances peuvent amener la femme à « ne pas avoir le choix » d'y entrer, elle peut « frapper le mur de la spiritualité » ou une transformation spirituelle est aussi toujours possible lors de la relecture de l'accouchement, alors que la femme « accepte son histoire » interprétable différemment. L'épidurale est ainsi un outil entre la personne et ce qu'elle peut vivre, un outil qui lui permet parfois de sortir de la détresse pour pouvoir possiblement accéder au processus spirituel ou le réintégrer, mais trop souvent un outil servant à pallier sa souffrance sans l'adresser adéquatement.

En effet, si la technique n'annule pas le processus spirituel, la théorisation invite à remettre en question le réflexe culturel de vouloir soulager ma souffrance, qui soulève des enjeux profonds de notre société comme on l'indique ici.

Human civilisation has witnessed changes in the social and cultural context of childbirth. These changes involve continuing modification in symbolism, behavior, organisation of care and emergence of new value and belief systems. [...] Over time such values and beliefs form images of the prevailing culture and contribute to the social, emotional and spiritual interpretations of birth. (Crowther & Hall, 2017, p. 3)

Ainsi, si l'on retourne aux différents niveaux d'analyse liés à l'utilisation de l'épidurale nommés dans la recension (Newnham et collab., 2016), on peut faire un parallèle en indiquant que la souffrance spirituelle n'est pas simplement à un niveau individuel, mais comporte des éléments macrosociaux, notamment que la douleur n'a pas de sens dans le paradigme dominant. De même, on peut rappeler l'invitation de Davis-Floyd (2001) d'intégrer le meilleur de chaque modèle médical pour créer le meilleur contexte d'accouchement qui prendrait en considération la spiritualité comme : i) méthode d'adaptation (*coping*) quand ça va mal; ii) facilitateur de la relation soignant.e/soigné.e; et iii) cœur même de l'expérience holistique de l'accouchement.

Finalement, une lecture rigide polarisant l'utilisation de l'épidurale et un processus spirituel de l'accouchement est à proscrire : la théorisation invite plutôt à un discours nuancé sur un sujet complexe et une posture d'écoute envers le vécu individuel des femmes vivant un accouchement. En effet, ces éléments de discussion ne doivent pas compromettre l'agentivité des femmes, comme la recension l'indiquait déjà en soulignant « ce que femme veut ». D'une part, on observe que l'accouchement demeure l'unique endroit où l'on remet en question le fait de soulager la douleur (Echevarria, et collab., 2017) et qu'accoucher sous épidurale serait une évolution « davantage influencée par le mouvement social lié à l'émancipation sociale et économique des mères que dictée par une mode médicale. » (Caton et collab. 2002, cités par Rossignol et collab., 2012, p. 14) Toutefois, si une posture doloriste est à critiquer, une posture « anti-doloriste » l'est autant, car certaines femmes investissent l'accouchement comme lieu de résistance où la douleur peut amener une expérience et une transformation spirituelles qu'elles peuvent désirer. Le choix de prendre l'épidurale comme de la refuser peut ainsi s'inscrire dans des avancées féministes en tant que pouvoir décisionnel sur son propre corps.

CHAPITRE 6 – FORCES, LIMITES ET RECOMMANDATIONS (LE « POSTPARTUM » ET L'ÉVENTUELLE FRATRIE)

“[T]he published word is not the final one, but only a pause in the never-ending process of generating theory.” (Charmaz, 2014, p. 40)

Pour pouvoir conclure cette thèse sur l'accouchement, il faut savoir retourner à la question de recherche ainsi qu'aux objectifs de recherche, dans un « postpartum » sur ce qui a émergé de cette étude pour leur répondre. Cette thèse a exposé la description faite par des Estriennes d'un processus spirituel de l'accouchement, tel que mis en évidence par la question de l'épidurale ainsi que du rôle joué par l'épidurale dans ce processus : ses forces à le faire mais aussi ses limites sont listées. Puis, des retombées pratiques pour les femmes qui accouchent et ceux présent dans le lieu de naissance ainsi que des recommandations cliniques et scientifiques ouvrent sur une éventuelle « fratrie ».

6.1 Retour sur la question et les objectifs de recherche

La question de recherche a évolué durant la recherche pour s'ajuster aux préoccupations des femmes rencontrées. Elle est ainsi passée de « Quel est l'apport de la spiritualité dans le processus décisionnel des femmes entourant l'anesthésie épidurale lors d'un accouchement vaginal au Québec ? » à « *Quel est le processus spirituel des femmes vivant un accouchement vaginal à la fois révélé et restreint par la question de l'anesthésie épidurale?* »

La méthodologie de théorisation ancrée constructiviste adoptée pour cette recherche a ainsi permis de répondre aux objectifs de recherche soit, d'abord, *décrire, du point de la femme, le processus spirituel de l'accouchement révélé par la question de l'épidurale*:

- Le processus spirituel lié à l'accouchement est un *faire face à l'inconnu*;
- Ce processus spirituel est accessible à toutes, peu importe leur accouchement, bien que toutes ne le vivent pas;
- Ce processus est constitué de trois étapes d'affirmation spirituelle, de connexion spirituelle et de transformation spirituelle qui peuvent se décrire ainsi :

Faire face à l'inconnu, c'est être en tension décisionnelle/existentielle entre désirer accoucher et souffrir devant l'inconnu de l'accouchement. Faire face à l'inconnu, c'est puiser à des ressources spirituelles pour plonger à l'intérieur de moi, de l'accouchement et de la douleur. Faire face à l'inconnu, c'est pouvoir faire l'expérience de connecter avec plus grand en/hors moi. Dans ma quête de ressources spirituelles, mais encore plus dans ce plongeon et cette expérience de connexion, il y a transformation spirituelle de ma personne alors que j'accouche de moi-même.

- La question de l'épidurale révèle ce processus spirituel; elle en est une clé d'accès.

Puis la théorisation permet de *décrire le rôle joué par l'anesthésie épidurale dans ce processus spirituel* :

- Faire face à l'inconnu sollicite mon noyau spirituel, défini par quatre dimensions (relation, paix, transcendance et sens) inspiré du cadre conceptuel de Büssing et Koenig (2010).
- Lorsque le noyau spirituel de la femme est insuffisamment solide ou sollicité, l'épidurale pallie la souffrance qui en résulte.
- Me soulager avec l'épidurale s'associe toutefois à un accès limité au processus spirituel :
 - D'une part, la femme n'a pas accès à des ressources spirituelles, qui sont soit insuffisamment solides ou sollicitées, ce qui diminue son courage à plonger.
 - D'autre part, la femme a moins accès à ses sensations, à son senti et au sens qu'elle donne à cette expérience, réduisant la possibilité de connecter avec plus grand.
 - Conséquemment, me soulager avec l'épidurale limite la transformation spirituelle.
- Néanmoins, l'épidurale n'empêche pas l'accès au processus spirituel, alors que des voies alternatives peuvent être empruntées à chacune des étapes du processus.

6.2 Limites de l'étude

Bien que visant à diversifier les récits de femme ayant accouché, la limite principale de cette étude est celle entourant la justification du choix des participantes (recrutement), et surtout du nombre rencontrées (saturation). Face à la complexité de la question de la spiritualité et de celle de l'épidurale, d'autres approches méthodologiques auraient pu permettre un plus grand recrutement et ainsi, par exemple, une stratification par mode d'accouchement pour chaque catégorie, ou une mesure de l'impact des cours prénataux ou de divers interventions et complications sur le processus spirituel. Toutefois, l'approche de la MTA adoptée ici à d'autres forces (voir section 6.3), principalement lorsque l'on considère l'aspect novateur de la recherche dans un champ

d'étude qui ne commence qu'à être exploré. Ainsi, bien que d'autres femmes auraient aimé être rencontrées et que certains éléments qu'elles auraient pu apporter aient conséquemment pu être négligés, le nombre de personnes est jugé satisfaisant en lien avec les exigences de la méthodologie ici choisie. Tel que suggéré par Charmaz (2014), l'objectif visé de saturation des catégories a été atteint lorsqu'amasser plus de données à propos d'une catégorie ne révélait plus ni de nouvelle propriété ni de nouvelles notions théoriques sur la théorisation émergente ou encore de nouvelles relations entre les catégories. Elle rappelle aussi la considération d'enjeux pratiques à la fin d'une recherche (temps, financement) : on invite alors à souligner la fin d'une boucle de théorisation et non pas la présentation d'une théorie finale.

D'autres limites d'échantillonnage demeurent. Sur le plan géographique, on se penche sur le phénomène québécois de l'anesthésie épidurale tout en limitant la collecte de données terrain à la région de l'Estrie. Sur le plan culturel, sans l'avoir désiré ainsi, aucune femme de minorités culturelles n'a été rencontrée en entretien semi-dirigé. De même, en limitant la question de l'épidurale au contexte d'accouchement vaginal, le vécu des femmes accouchant par césarienne n'est pas pris en compte ou exploré, bien que rapporté par certaines participantes et qui nécessiterait une propre analyse. Aussi, le témoignage de soignant.es ou d'autres membres de la famille présents à l'accouchement n'a pas été sollicité, alors qu'il aurait pu apporter un éclairage différent sur la question de l'épidurale et du processus spirituel vécu par les femmes qui accouchent. L'accompagnement par les conjoint.es est ainsi peu abordé ou encore celui le rôle des anesthésiologistes, deux éléments importants au niveau global sur la question de l'épidurale mais peu soulevé par les femmes rencontrées et donc peu discutés dans cette thèse.

Cette recherche repose sur plusieurs éléments de subjectivité : le biais de mémoire possible alors que les femmes font appel à leurs souvenirs; l'interprétation faite par la chercheuse, etc. L'enjeu de la subjectivité est une critique de la MTA, et ce dès le départ, car elle va dans le sens opposé des recherches axées sur la vérification d'hypothèse : « Les fondateurs de cette méthodologie générale avaient souligné le caractère polémique de leur proposition dès la publication de leur ouvrage fondateur en 1967 ». (Luckerhoff & Guillemette, 2012b, p. 116) La branche constructiviste s'oppose encore aujourd'hui à cette perspective épistémologique et ontologique dominante en recherche, plus déductive. Plusieurs de ses critiques peuvent être répondues en rappelant que la visée et finalité de cette méthodologie sont d'ordre conceptuel et non descriptif.

In discovering theory, one generates conceptual categories or their properties from evidence, then the evidence which the category emerged is used to illustrate the concept. The evidence may not necessarily be accurate beyond a doubt (nor is it even in studies concerned only with accuracy), but the concept is undoubtedly a relevant theoretical abstraction about what is going on in the area studies. Furthermore, the concept itself will not change, while even the most accurate facts change. (Glaser & Strauss, 1999 [1967], p. 23)

De plus, si le caractère subjectif des sujets discutés et la méthode d'analyse utilisée peut paraître une limite pour certains, en adoptant et présentant d'emblée une posture constructiviste, il est plutôt compris comme une force qui permet de plonger au cœur même des préoccupations des principales intéressées. Ceci est alors particulièrement vrai dans un contexte où l'enjeu même de la définition de la spiritualité soulève des questions, les participantes elles-mêmes ne pouvant pas toujours identifier ce qu'elles considèrent « spirituel ». Le positionnement adopté dans cette thèse sur cette question, ainsi que limites qu'il entraîne, rejoint celui de Schneider dans sa propre démarche doctorale :

Phrases, words, and descriptions did not have to be defined as “spiritual” or “religious” by the woman to be designated as a “spiritual theme.” This leaves the possibility that although this researcher may have interpreted the narrative as containing a spiritual theme, the participant may not have intended to be designated as such. This may be a limitation of the data analysis, and this choice highlights the subjective quality of one’s spirituality, as well as the experiences and concepts of spirituality defying description (Jacobs, 2007). As Jacobs notes, “Finding a generally acceptable definition of spirituality challenges one to include a range of understanding that is often beyond boundaries of explanation. It asks that we be open to the many ways and expressions of meaning-making in the lives of individuals” (p. 190). Ultimately, the reader determines the accuracy of the analysis and report based on the rich descriptions in the narratives provided. [...] Additionally, the identification of spiritual themes is, in part, reflective of the individual identifying them. It is possible that more spiritual themes are present in the data and remain unidentified by this researcher, based on the researcher’s own subjectivity and biases. (Schneider, 2012, pp. 217-218)

6.3 Forces de la thèse

En dépit de ces limites, la thèse comporte de nombreuses forces, ici évaluées selon les critères d'évaluation établis de la méthodologie de théorisation constructiviste de crédibilité, d'originalité, de résonnance et d'utilité. (Charmaz, 2014)

6.3.1 Crédibilité

Le critère de crédibilité permet d'établir si la personne menant la recherche connaît en profondeur ce dont elle parle. Ma familiarité avec la situation et le sujet est d'abord démontrée dans la synthèse offerte à la recension des écrits (chapitre 2). De plus, dix ans de recherche empirique sur la question de l'accouchement et la spiritualité appuient ce savoir théorique, avec des études qualitatives et quantitatives. De plus, deux membres du comité de direction ont aussi participé à ces recherches : ceci a notamment permis la triangulation des données avec l'analyse secondaire de l'enquête LILAS en tant que données préalables. L'expertise sur le sujet devait par la suite être appuyée par une expertise sur la méthode : un long travail d'appropriation de la méthodologie de la théorisation ancrée et de son approche constructiviste s'est fait par synthèse de lectures sur le sujet et par le mentorat de Marie-Claude Jacques, membre du comité de direction de thèse, spécialiste de cette méthodologie.

Le comité de direction de thèse s'est concerté tous les trois mois après le début de l'analyse pour s'assurer du bon déroulement de la recherche, mais surtout pour confirmer sa crédibilité. On m'y indiquait des pistes importantes à suivre, à savoir : préciser les catégories émergentes, discuter des termes décrivant le mieux ces catégories, indiquer des éléments sous-développés ou des groupes sous-interrogés, etc.

Pour appuyer la crédibilité de la démarche, comme je ne suis pas une soignante, l'observation non-participante m'a permis de comprendre au niveau organisationnel les lieux d'accouchement et de pouvoir « vivre » la demande, la pose et l'effet de l'anesthésie épidurale. Une immersion dans les données et dans l'analyse (particulièrement pendant l'été 2018) a permis une comparaison systématique entre les observations et entre les catégories. Ainsi, les catégories couvrent la plus large étendue possible des observations empiriques, permettant des liens logiques solides entre les données amassées et les arguments de l'analyse. De plus, le choix a été fait de retenir plusieurs verbatim dans la présentation des résultats, dans la volonté de présenter suffisamment d'évidences pour permettre au lecteur et à la lectrice de se former une évaluation indépendante pour se positionner avec les affirmations faites. La responsabilité est ainsi partagée entre la personne chercheuse et celle lectrice. (Glaser & Strauss, 1999 [1967], pp. 232-233)

6.3.2 Originalité

Le critère d'originalité questionne l'apport nouveau de la recherche, en situant sa contribution à la littérature rapportée dans la recension. Ceci se manifeste d'abord par l'originalité même de lier spiritualité et épidurale, alors que la littérature scientifique sur l'épidurale montrait une complexité de facteurs menant à l'épidurale et que, si la spiritualité de l'accouchement avait été notamment documentée dans des contextes médicaux difficiles et lors d'accouchement à domicile, aucune étude ne liait anesthésie épidurale et spiritualité.

On renverra au chapitre de discussion qui a permis d'établir que les catégories recoupent des concepts à la fois décrits dans d'autres recherches sur l'accouchement et la spiritualité, tout en y jetant un éclairage nouveau : la théorisation ancrée questionne, étend et raffine des idées, des concepts et des pratiques courantes. Ainsi, même si la question de *faire face à l'inconnu* avait été nommée dans plusieurs recherches sur l'accouchement, notamment sur la question de l'épidurale, cette recherche en offre une nouvelle perspective, celle de la spiritualité comme cadre d'analyse. Celui-ci a permis de sortir de la critique de la médicalisation de la naissance pour mieux comprendre ce que signifie cet inconnu pour les femmes qui y font face. De même, *me soulager avec l'épidurale* permet de comprendre cette anesthésie non pas uniquement comme méthode de gestion de la douleur, mais de la souffrance spirituelle que peut engendrer l'inconnu de l'accouchement lorsque le noyau spirituel ne peut y faire face. Les trois catégories *plonger*, *sentir plus grand en/hors moi* et *accoucher de moi-même* reprennent aussi des éléments importants de la spiritualité en termes d'affirmation spirituelle, d'expérience spirituelle et de transformation spirituelle tout en les ancrant dans la réalité de l'accouchement.

À partir de ces constats, on peut soutenir l'affirmation d'originalité de la recherche en ce qu'elle offre une nouvelle présentation conceptuelle des données. En retour, ceci a un impact significatif sur l'apport social et théorique de cette recherche (voir 6.2.4 *Utilité*).

6.3.3 Résonnance

Le critère de résonnance renvoie à la nécessité d'offrir un portrait complet de l'expérience étudiée, une analyse correspondant au vécu des femmes qui accouchent et ayant du sens pour elles. En ce sens, un retour sur la théorisation ancrée a été fait auprès des participantes en fin d'analyse : un résumé des résultats leur a été acheminé et deux participantes ont demandé d'avoir accès à

l'entièreté du chapitre de résultats. Leurs commentaires ont permis de nuancer certaines affirmations ou de mieux qualifier certaines expériences, mais aussi de confirmer la théorisation : « beaucoup de passages sont venues me chercher et j'y me reconnaissais... au-delà de [nom fictif que je lui avais donné]! » Aussi, mettre le mot « spirituel » à ce vécu peut leur permettre d'avoir une nouvelle compréhension d'elle-même : « Il est très intéressant de voir tes rapprochements entre ce que les femmes ont dit et la spiritualité. Décrit ainsi, je suis probablement beaucoup plus spirituelle que je ne le croyais! »

La résonnance se mesure lorsque de fausses croyances sur le sujet sont démystifiées. Une des forces de la thèse est d'avoir mis en lumière la fausse polarisation entre l'expérience d'accoucher avec ou sans épidurale. Cette croyance a été nommée par certaines participantes elles-mêmes accompagnée d'incompréhension. On dira d'un côté : « Pourquoi vouloir souffrir pour rien? Veulent-elles se prouver quelque chose? » et de l'autre : « Je ne comprends pas celles qui prennent l'épidurale! Elles ne savent pas ce qu'elles manquent! » Alors que la conception souvent attendue de l'épidurale dans ce processus spirituel en est un de polarité (épidurale versus spiritualité), l'analyse des données à la lumière d'un cadre conceptuel de la spiritualité a permis d'obtenir un discours beaucoup plus nuancé : on peut savoir ce que l'on manque même en choisissant l'épidurale; on peut ne pas prendre l'épidurale et se demander si on est allée trop loin dans la douleur. Le portrait décrit les femmes dans un spectre face à la question de l'épidurale, qui n'indique pas qu'un choix soit « spirituel » et l'autre pas : tout n'est pas tout blanc ou tout noir, il y a autant de variations de gris que d'accouchement. Si oui, l'anesthésie épidurale comme symptôme d'une souffrance spirituelle limite l'accès au processus spirituel, on a toutefois remarqué à chaque fois un chemin de traverse d'affirmation, d'expérience ou de transformation spirituelles.

La résonnance, c'est aussi savoir faire des liens avec l'expérience d'autres individus quand les données l'indiquent. Bien qu'ayant prévu une telle éventualité dans la demande au comité éthique qui incluait l'accès aux conjoint.e.s et aux professionnel.le.s en périnatalité et que de telles rencontres auraient été pertinentes, aucune démarche n'a été faite en ce sens pour le projet actuel, car elle aurait apporté une perspective différente qui n'était pas celle priorisée dans ce projet, soit celle de la personne même qui vit l'expérience. En effet, la littérature disponible nous renseigne déjà sur les facteurs externes qui influencent le processus décisionnel, alors que l'influence de la

spiritualité dans ce processus est un sujet intime, qui reste dans l'expérience intérieure, et qui appartient d'abord à la femme qui accouche et décide. Toutefois, mon orientation professionnelle en 2019 vers les soins palliatifs ainsi que la littérature plus garnie sur la spiritualité dans le domaine, notamment l'article de Yang et collab. (2012) m'a amenée à réfléchir des liens entre le début de vie et la fin de vie et la question de la sédation/anesthésie. Ceci constitue autant de pistes de recherche possibles (voir section 6.5).

6.3.4 Utilité

Le critère d'utilité est crucial car, mis en lien avec la résonance, il permet d'établir si l'analyse offre des interprétations envisageables pour les personnes qui le vivent. Pour ce projet, il permet de contribuer à répondre au *pour quoi* du contexte d'accouchement contemporain caractérisé par l'anesthésie épidurale : *“Grounded theory provides both a way of analyzing situated action and of moving beyond it. In contrast, most qualitative research involves ‘what?’ and ‘how?’ questions and stick to immediate action.”* (Charmaz, 2014, p. 22) Ultimement, l'utilité d'une théorisation se mesure dans sa capacité à contribuer au savoir et à la création d'un monde meilleur. Les prochaines sections ouvrent ainsi sur les retombées et recommandations, autant pour la clinique que pour la recherche, faites à partir de cette recherche.

6.4 Retombées et recommandations cliniques : se servir de la question de l'épidurale pour faciliter le processus spirituel de l'accouchement

Les retombées et recommandations cliniques qui suivent s'appuient sur une responsabilité sociale de réfléchir le contexte contemporain de l'accouchement caractérisé par l'épidurale, afin d'améliorer l'expérience qu'en font les femmes. Suite à la théorisation ancrée, il est recommandé, autant au niveau individuel de la femme qui accouche qu'au niveau plus organisationnel, de *se servir de la question de l'épidurale pour faciliter le processus spirituel de l'accouchement* et ce à différents niveaux : i) d'abord, pour les femmes qui accouchent, en découvrant le potentiel spirituel de l'accouchement; ii) ensuite, pour les autres personnes présentes à l'accouchement, en identifiant les besoins spirituels que révèlent la question de l'épidurale; iii) puis, pour les soignant.es en périnatalité, en reconnaissant l'impact de la posture professionnelle soignante sur ces enjeux; et iv) enfin, pour le système de santé, en sortant l'épidurale d'un discours uniquement axé sur la douleur.

6.4.1 Pour les femmes qui accouchent : découvrir le potentiel spirituel de l'accouchement

La contribution de cette thèse est d'à la fois valoriser la dimension spirituelle de l'accouchement et d'apporter, par un engagement féministe, un soutien au respect du pouvoir décisionnel des femmes. Ainsi, la principale retombée de cette thèse est pour celles mêmes concernées par le sujet, les mêmes rencontrées en entrevue, soit les femmes qui accouchent afin qu'elles découvrent le potentiel spirituel de cette expérience.

Alors que trop de femmes qui accouchent n'en connaissent pas l'existence, il est important de faire connaître le potentiel spirituel de l'accouchement non seulement comme ressource face à la souffrance, mais aussi en tant que processus d'affirmation, de connexion et de transformation spirituelles. À l'étape de préparation, si elles le désirent, les femmes peuvent se demander : quelles sont leurs peurs face à l'inconnu, mais aussi leurs désirs? Comment sentent-elles qu'elles peuvent y faire face? Qu'est-ce qui aide, qu'est-ce qui nuit? Sentent-elles qu'elles doivent tout préparer ou, au contraire, se sentent-elles incapables même d'y penser? En quoi la décision de recourir ou non à l'épidurale joue-t-elle un rôle en ce sens, ou en quoi ce qu'elles souhaitent vivre pourrait avoir un impact sur leur choix de l'anesthésie épidurale?

Durant le travail et la naissance, comment peuvent-elles être présente à elles-mêmes pour alimenter leur courage de plonger ou faciliter la rencontre à plus grand? En ce sens, sont-elles entourées des « bonnes » personnes, par des objets symboliques? Peuvent-elles poser un geste, avoir une pratique donnant un sens à cette expérience? Se sentent-elles proches de leur corps de leur enfant?

En postnatal, la relecture de l'accouchement par le récit des femmes pourrait favoriser une transformation spirituelle en identifiant leurs nouvelles perspectives sur l'accouchement, la vie, les autres et l'Autre, notamment en aidant à *accepter mon histoire*. Le recrutement pour ce projet n'a pas été difficile : comme Moloney (2007), j'ai reçu des dizaines de demandes et une liste d'attente s'est même rapidement constituée. Plusieurs femmes ont témoigné leur reconnaissance d'avoir pu parler de la spiritualité de l'accouchement et nommé le besoin de créer de tels espaces. Plusieurs auteurs suggèrent aussi de soutenir la création de « réseau de soutien » (Thomson, 2017, p. 155), de « cercles de femmes » (Moloney, 2007) et d'« espaces de partage » (Schneider 2012) où les femmes pourraient partager leurs récits d'accouchement et de croissance, tout en explorant l'impact qu'a le contexte actuel d'accouchement, et où la dimension spirituelle de l'accouchement pourrait aussi être redonnée aux autres femmes.

6.4.2 Pour les autres personnes présentes à l'accouchement : identifier les besoins spirituels révélés par la question de l'épidurale

La question de l'épidurale constitue une clé qui permet aux personnes présentes à l'accouchement, autant les conjoint.es, les proches ou les soignant.es, d'aborder les femmes pour les conduire sur un sujet qui demeure souvent tu, celui de la spiritualité. On y découvre un processus spirituel de l'accouchement dont l'épidurale peut limiter l'accès alors qu'elle pallie, non pas la douleur, mais spécifiquement une souffrance spirituelle que peut engendrer l'accouchement.

En prénatal, mais aussi au début du travail, aborder la question de l'épidurale peut prévenir la souffrance alors que le désir d'y recourir *camoufle* souvent des besoins spirituels non-répondus : en les *révélant*, des ressources peuvent être offertes. Une approche portant fruit serait d'encourager les femmes à trouver l'équilibre entre optimisme et flexibilité alors que l'accouchement ne se déroulera peut-être pas comme prévu. (Borelli et collab. 2018) Schneider (2012) offre un guide pratique afin d'adresser directement les éléments spirituels : i) évaluer le système de croyances religieuses, spirituelles, familiales et culturelles; ii) être à l'écoute des éléments nommés par la femme sur la transcendance (Dieu, les déesses, une force plus grande que soi, le divin ou l'univers); iii) encourager les femmes à identifier ce qui les aide dans la préparation, le soutien dans l'accouchement et la rémission postpartum, notamment le rôle de la foi, de la méditation, de la prière et des rituels; et iv) questionner la femme sur le sens donné à l'accouchement.

Durant l'accouchement, les personnes présentes peuvent être à l'écoute des besoins qui mènent à une demande d'épidurale ainsi que savoir reconnaître et respecter les expériences spirituelles qui s'y vivent. C'est pratiquer la *présence* en tant que disponibilité à l'autre et être attentif au *kairos* qui peut surgir de l'accouchement (voir section 5.2.3).

En postnatal, une rencontre de routine de « réflexion sur l'accouchement » touchant aussi des éléments spirituels pourrait être offerte, où les soignant.e.s adopteraient une posture de « compagnon expert » d'écoute, de respect et de validation de l'expérience de la femme. (Thomson, 2017, p. 155) Pour les accouchements vécus difficilement, on recommande aux clinicien.nes de respecter le trauma des mères tout en leur permettant d'explorer ce que cela peut comporter de possibilités de croissance. (Beck et Watson, 2016) Des stratégies face au sentiment d'échec parfois nommé par les femmes sont aussi disponibles, notamment une liste de questions à poser autant avant qu'après l'accouchement. (Schneider, 2012)

6.4.3 Pour les soignant.es en périnatalité : se pencher sur sa posture professionnelle face à la spiritualité de l'accouchement

Ces recommandations cliniques ne peuvent pleinement se déployer que s'il y a une reconnaissance de l'impact de la posture professionnelle soignante face à l'accouchement et de sa dimension spirituelle. Celle-ci, alors qu'elle mène à « (bien) accompagner » (voir section 4.3.1), a un rôle important dans la décision finale face à l'épidurale mais est surtout déterminante, voire cruciale dans plusieurs cas, pour permettre le processus spirituel.

Pour ce faire, chaque personne soignante est invitée à questionner sa perspective personnelle, tout en étant à l'écoute des biais potentiels qui pourraient avoir des impacts négatifs sur celles qui accouchent. (Schneider 2012) Ces questions peuvent soutenir une telle réflexion sur leur posture: révèle-t-elle une confiance en la vie? Met-elle de l'avant la capacité de la femme à accoucher? S'appuie-t-elle sur une croyance en sa propre capacité de la soutenir? Comment se situe-t-elle sur la question de la douleur (soulager ou travailler avec la douleur)? Y a-t-il malaise à aborder la spiritualité? Permet-elle à la mère de « prendre le risque », comme le suggère Christine? Est-elle ouverte aux interprétations spirituelles des événements faites par les femmes (Schneider 2013)? Lemay (2017) offre d'autres pistes de réflexion, propres à chaque phase de l'accouchement.

En répondant à ces questions, on favorise une meilleure écoute de la femme qui accouche et un respect de leur processus spirituel. Cela invite à des questionnements plus larges sur l'équilibre entre abandon et responsabilité face au risque ainsi que sur l'éthique de l'accompagnement devant ces nouvelles exigences de qualité des soins : il y a cumul des rôles de la personne soignante dans une perspective holistique, jouant autant sur les plans physique, émotionnel que spirituel. Enfin, cela parle des défis de l'engagement soignant dans le contexte social actuel de soins, caractérisé notamment par des contraintes économiques et médico-légales.

D'autres professionnels de la santé peuvent aussi être interpellés. Les travailleurs sociaux peuvent soutenir les femmes dans l'identification du sens et du caractère potentiellement transformateur de l'accouchement. (Schneider, 2012) Lors de mon dernier entretien, je venais de débiter ma formation pour devenir intervenante en soins spirituels, dans un désir de devenir un espace pour que les personnes puissent parler de la spiritualité : cette profession du système de santé québécois, encore peu connue, peut aussi être une ressource auprès des femmes accouchant en milieu hospitalier.

6.4.4 Pour le système de santé : sortir l'épidurale d'un discours restreint à la gestion de la douleur

Caroline : On veut tous l'éliminer le risque, mais y'a une partie qu'on peut pas. [...] « On peut vous contrôler, y'a pu de risque. » [...] Le message, y'est pas [...] que c'est une expérience intérieure et inconnue [rires] avec du risque!

L'anesthésie épidurale est généralement reconnue, et non seulement par le monde médical, comme une « méthode de gestion de la douleur » efficace et sécuritaire. Néanmoins, un enjeu important, comme l'indiquait la dimension « pourquoi dire non? » (section 4.3.1), est que l'épidurale se positionne comme un standard de soin : l'épidurale n'est pas un problème en soi, c'est plutôt la culture de soin associée à son utilisation. Le choix de l'épidurale ne devrait pas être d'abord un choix sociétal, ni même un choix du soignant, mais plutôt celui de la femme qui accouche. L'INESSS encourage ainsi « d'en optimiser l'usage en la considérant comme une composante d'une approche plus large amorcée dans un *lien de confiance avec la future mère*. » (Rossignol et collab., 2012, p. 36) Ceci pourrait commencer par promouvoir une meilleure connaissance de l'accouchement, de la douleur mais aussi de l'épidurale⁵ : ainsi, plusieurs participantes n'en comprenaient pas bien le fonctionnement ni la procédure qui l'entoure et en avaient une vision *magique* alors même que la technique n'est pas sans faille, comme l'indiquait la problématique.

De plus, la thèse met en lumière comment la médicalisation de l'accouchement, bien que palliant la souffrance des femmes, contribue à « étouffer » les enjeux spirituels qui l'entourent, alors même que la réflexion sociale sur ceux-ci demeure limitée. Il faut donc remettre en question cette association limitée de l'épidurale à la gestion de la douleur alors que, comme la recension le soulevait déjà, plusieurs niveaux d'analyse entrent en considération: “*childbirth is a multidimensional experience and when considering treatment, one must balance between pain relief and other aspects, such as physical, emotional, psychological, sociologic, and sometimes religious considerations.*” (Silva & Halpern, 2010) Plus précisément, la contribution de cette étude doctorale est d'introduire une analyse à partir d'un cadre conceptuel de la spiritualité, indiquant que la question de l'épidurale est entremêlée avec la spiritualité, qui va au-delà du rôle de cette dernière dans le processus décisionnel face à l'épidurale.

⁵ Voir, par exemple, le formulaire développé par le CIUSSS de l'Outaouais, disponible le 15 juin 2020 au :

<https://ciuss-outaouais.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2018/01/Formulaire-dinformation-pe%CC%81ridurale.pdf>

6.5 Retombées et perspectives scientifiques : explorer autrement le *faire face à l'inconnu*

Si l'accouchement est un moment propice pour *faire face à l'inconnu* par l'intensité qu'il génère, plusieurs autres moments de la vie sont autant d'occasions pour le faire : prendre sa retraite; commencer le secondaire; composer avec un handicap; accompagner un proche en fin de vie; se marier; commencer un nouveau sport; faire une dépression, etc. Les retombées scientifiques de cette recherche pointent vers de nouvelles perspectives où faire face à l'inconnu est explorer autrement : i) par une approche méthodologique qui porte fruit, soit celle utilisée ici s'appuyant sur l'interdisciplinarité et la méthodologie de la théorisation ancrée constructiviste; ii) par un nouveau modèle de la spiritualité émergent du processus spirituel de cette recherche; et iii) par de nouvelles pistes envisageables sur religieux contemporain à la suite de ce projet.

6.5.1 Une approche méthodologique fructueuse

Sur le plan méthodologique, la démarche ici adoptée, à mi-chemin entre théologie et obstétrique, invite à établir des recherches interdisciplinaires. Si de telles entreprises nécessitent un travail supplémentaire pour l'établissement d'un langage commun et de méthodes de recherche crédibles dans les disciplines respectives, elles établissent des ponts qui permettent de mieux comprendre des enjeux complexes par les personnes concernées, ici les femmes qui accouchent.

La profondeur des résultats et des discussions découlant de la théorisation ancrée, notamment autour du processus spirituel, n'est qu'un des arguments démontrant la pertinence de la méthodologie de la théorisation ancrée constructiviste pour de futures recherches dans ce champ. D'autres arguments soutiennent ceci: i) la MTA s'adapte à la diversité disciplinaire des recherches menées dans ce champ; ii) l'approche constructiviste est particulièrement adéquate dans le contexte spirituel québécois caractérisé par une hésitation profonde, voir une méfiance à investir le sujet; et iii) la MTA invite le chercheur ou la chercheuse à investir non pas une question de recherche, mais un *champ* précis, ce qui est propice pour traquer un théologal rendu « invisible » dans les institutions sociales et pour investir de nouveaux lieux du religieux.⁶

⁶ Argumentaire tiré de ma conférence « La méthodologie de la théorisation ancrée constructiviste comme outil pour les traqueurs du théologal » (colloque Enjeux du religieux contemporain, Université de Sherbrooke, avril 2018)

6.5.2 Un nouveau modèle conceptuel de la spiritualité

D'un point de vue d'applicabilité, la MTA indique que les catégories et concepts dégagés de contexte précis peuvent suggérer des processus génériques qui pourraient être pertinents pour l'analyse d'autres domaines : "*Subsequently these comparisons [in situated contexts] can result in more abstract – and, paradoxically, general – theories.*" (Charmaz, 2014, p. 322) Ainsi, le modèle original de la spiritualité émergeant de cette thèse pourrait être mis en valeur ailleurs.

D'une part, le processus spirituel mis en lumière par la théorisation ancrée, bien qu'émergeant de leur milieu spécifique, pourrait se montrer pertinent dans d'autres lieux. *Faire face à l'inconnu*, bien que pourtant certaines spécificités dans l'accouchement notamment du fait que cela soit généralement désiré, ne s'y limite pas : on pourrait penser à la décision de devenir médecin ou infirmière, de construire une maison, de partir en voyage ou encore au choix de mener une recherche doctorale. Il serait ainsi pertinent de voir si cela déclenche le même processus spirituel dans d'autres contextes et si une nouvelle analyse serait ainsi possible avec d'autres concepts mis en évidence dans la thèse, soit : l'affirmation spirituelle, la connexion spirituelle et la transformation spirituelle.

D'autre part, les concepts de noyau spirituel et de souffrance spirituelle pourraient amener une nouvelle analyse des idéaux culturels plus larges sur la douleur et la souffrance, alors que la plupart des personnes ont délaissé la religion qui en offrait une interprétation. Sans être exhaustive, on peut dresser une liste de domaines de soins où ces concepts pourraient aussi s'appliquer : en santé mentale, en préopératoire (cœur, etc.), en cancérologie, en douleur chronique, etc. Les rôles joués par l'épidurale sont-ils repris par d'autres méthodes analgésiques dans ces domaines? Certains notent avec désolation que l'accouchement est le seul moment où l'on questionne le soulagement de la douleur (Echevarria et collab., 2017) mais peut-on y voir une occasion à saisir pour réinvestir un sens à la douleur alors que certaines femmes veulent travailler avec elle? L'accouchement pourrait permettre de jeter un nouvel éclairage sur l'utilisation de différentes approches pharmacologiques et y entendre la souffrance qui s'y loge afin de mieux y répondre. Parallèlement, et tout aussi crucial, on pourrait se pencher sur les conditions qui favorisent une expérience signifiante lorsqu'une approche pharmacologique est adoptée, par exemple en encourageant la personne à demeurer attentive à la dimension émotionnelle même sans le signal de la douleur.

6.5.3 De nouveaux lieux du religieux contemporain à investir

« [L]a question de ce qui est à faire du religieux est à bien des égards centrale pour le social même, aussi vrai que le religieux est lieu de symptômes, faisant voir ce qui ne va pas dans le social tel qu'il est, et qu'il est en même temps lourd de visées et de désirs non accomplis, et alors volontiers confisqués. » (Gisel, 2017, p. 16)

L'expérience tirée dans cette recherche indique la pertinence d'investir de nouveaux lieux du religieux, en dehors de lieux plus régulièrement étudiés et plus ancrés dans la réalité concrète de nos contemporains. Si l'association de spiritualité et de l'anesthésie épidurale était une démarche originale, pour ne pas dire insoupçonnée, le simple fait que les femmes souhaitent partager leurs récits témoigne qu'il y avait quelque chose à investiguer. Plusieurs pistes concrètes de recherche sont envisageables à la suite de cette thèse : quelques-unes sont ici listées.

L'utilisation du *Spiritual Needs Questionnaire* pourrait être faite dans les démarches à caractère plus déductif ou visant une analyse par sous-groupe. Entourant l'accouchement, j'envisagerais ainsi de comparer les besoins spirituels chez des femmes de différentes cultures, élément malheureusement rendu invisible dans le projet de thèse. Une étude ultérieure pourrait aussi se servir de ce questionnaire pour faire une évaluation spirituelle avant l'accouchement pour valider les propositions de cette thèse dans une population plus large, en permettant, par exemple, d'identifier le profil de femmes plus susceptibles d'utiliser l'épidurale.

Une étude distincte serait à mener sur le processus spirituel propre de la personne soignante. Bien que le choix a été fait ici d'étudier le phénomène du point de vue de la femme qui accouche, on peut néanmoins faire l'hypothèse d'un processus spirituel similaire vécu par le soignant dans sa profession : être confrontée à l'inconnu de l'accouchement, avoir le réflexe de vouloir soulager la souffrance de mon impuissance dans l'action, puis m'ouvrir plutôt au-delà du rationnel pour me sentir capable et donner un sens à l'expérience, prendre le risque de plonger comme pratique d'affirmation spirituelle dans l'accompagnement, rencontrer plus grand en/hors moi dans certaines expériences marquantes et accoucher de moi-même comme soignant alors que l'expérience d'accompagnement me fait vivre une transformation spirituelle. Une telle démarche se penchant sur le processus spirituel du soignant lors de l'accouchement qui prendrait en considération l'évolution à travers son parcours professionnel pourrait permettre de comprendre ce qui amène les soignant.es à s'ouvrir à la spiritualité dans leur vie personnelle et dans leur pratique.

Un autre lieu pourrait être de réfléchir à inscrire les résultats de cette recherche dans une démarche d'affirmation non seulement spirituelle mais aussi sexuelle. En effet, le discours actuel sur l'accouchement recoupe celui qu'on pouvait tenir sur la sexualité féminine : encadrée par une autorité sociale (religieuse ou médicale); axée sur la procréation l'enfant à naître en tant que finalité et non pas sur le processus; discours axé sur la sécurité et la douleur et non sur le désir, encore moins du plaisir de la femme qui le vit; les enjeux de pouvoir et de consentement.

Enfin, le contexte de fin de vie semble particulièrement pertinent à comparer au contexte de « début de vie », notamment de l'angle des besoins et ressources spirituels. Au Québec, si l'accouchement est caractérisé par l'anesthésie épidurale, la mort est de plus en plus encadrée par la sédation, voire par l'aide médicale alors qu'on l'on peut invoquer la « souffrance existentielle » pour y avoir recours. Le philosophe Louis-André Richard (2019) argumente que nous sommes passés de l'autorité de la religion à l'autorité de la science, soit technique et médicale, qui est « amoral ». Celle-ci a toutefois amené le mythe de la *mort paisible*, alors qu'on fait une mise en scène plastique de la fin de vie (« sans souffrance ») qui est pharmaco-assistée, pragmatique et sentimentale, sous un discours de sécurité et contrôle. Il invite à investir le mystère de la *mort en paix* et le courage d'avoir peur, de supporter la peur de ce qui nous échappe par une approche holistique, ouverte au mystère et qui invite à une réflexion préalable. Un parallèle pourrait-il être fait d'une *naissance paisible* à une *naissance en paix*?

6.6 Épilogue

Les femmes n'ont pas à accoucher sans épidurale, comme elles n'ont pas à entrer dans un processus spirituel, mais je crois que les femmes doivent savoir : que l'accouchement n'est pas que douleur, qu'il est quelque chose qui peut être merveilleux en soi (pas seulement pour l'enfant); que plusieurs femmes aiment accoucher; qu'elles n'ont pas besoin de se faire dire comment, bien qu'elles puissent trouver intéressant de connaître le récit d'autres femmes, voire d'être guidées par des personnes expérimentées dans le domaine, mais que ce processus leur appartienne, à elles seule; et enfin qu'on leur offre un environnement soutenant et capacitant, ouvert à la dimension spirituelle, où elles puissent vivre une expérience transformatrice, qui a du sens pour elles, peu importe le type d'accouchement.

Sur une note plus personnelle, cette thèse est tel un enfant, c'est-à-dire le résultat de tout un processus, à la différence près que l'on ne peut porter une grossesse ni accoucher aussi longtemps.

On m'a dit que l'après-thèse amène souvent un même élément de post-partum : on voit retomber l'intensité, oui, mais on touche aussi cette vulnérabilité propre à tout acte de création et d'affirmation spirituelle dans un monde effrayé et souvent souffrant. Il faut savoir oser créer et *faire face à l'inconnu pour accoucher de soi-même*. Cette recherche m'a ainsi transformée, car l'expérience vécue lors de ces entretiens était souvent en soi de l'ordre du spirituel : « *Each interview has become a spiritual experience in itself.* » (Moloney 2007, 5) J'ai appris l'humilité avec la transcription (suis-je vraiment à l'écoute?) et l'analyse (est-ce que je prends les bonnes décisions?) La transformation m'a même amenée à devenir intervenante en soins spirituels à la fin du parcours de doctorat, ce qui était inconcevable pour moi auparavant : rencontrer les femmes m'a donné envie de devenir un lieu où l'on peut parler de spiritualité, car il y a besoin d'être entendu.

Cette thèse, comme mes autres enfants, je ne la porterai donc plus en moi, mais elle m'aura changée à jamais, physiquement, intellectuellement, émotionnellement et spirituellement. Et je la regarde, elle aussi, avec ce même espoir qu'elle me fera bien grandir, qu'elle sera un moteur de changement positif dans ce monde et qu'elle portera peut-être un jour ses propres fruits...

BIBLIOGRAPHIE

- AGEE, Jane. (2009). "Developing qualitative research questions: a reflective process", *International Journal of Qualitative Studies in Education (QSE)*, 22(4), 431-447.
- ALAKEELY, Maha Heshaam, ALMUTARI, Arwa khalaf, ALHEKAIL, Ghadah Abdulrhman, ABUOLIAT, Zainah Ahmad, ALTHUBAITI, Alaa, ABOITAI, Laila Abdul-Rahman, & AL-KADRI, Hanan. (2018). "The effect of epidural education on Primigravid Women's decision to request epidural analgesia: a cross-sectional study", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-16.
- ALEHAGEN, Siw, WIJMA, Barbro, LUNDBERG, Ulf, & WIJMA, Klaas. (2005). "Fear, pain, and stress hormones during childbirth", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26, 153 - 165.
- AMORIM, Mariana, ALVES, Elisabete, KELLY-IRVING, Michelle, RIBEIRO, Ana Isabel, & SILVA, Susana. (2018). "Quality of life of parents of very preterm infants 4 months after birth: a mixed methods study", *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1-12.
- ANIM-SOMUAH, Milicent, SMYTH, Rebecca, & JONES, Leanne. (2011). "Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 120 p.
- ANIM-SOMUAH, Milicent, SMYTH, Rebecca, CYNA, Allan M., & CUTHBERT, Anna. (2018). "Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 97 p.
- BARRETT, Alison. (2017). "Spiritual obstetrics", dans CROTHER, Susan & HALL, Jenny Hall (Eds), *Spirituality and Childbirth: Meaning and Care at the Start of Life*, New York (NY), Routledge, 133-141.
- BECK, Cheryl Tatano, & WATSON, Sue. (2016). "Posttraumatic Growth After Birth Trauma: "I Was Broken, Now I Am Unbreakable"", *The American Journal Of Maternal Child Nursing*, 41(5), 264-271.
- BEHRUZI, Roxana, HATEM, Marie, GOULET, Lise, & FRASER, William. (2011). "The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital", *BMC Women's Health*, 11(1), 53-70.
- BÉLANGER-LÉVESQUE, Marie-Noëlle. (2012). *La spiritualité en salle de naissance: exploration de l'expérience du parent*, Mémoire de maîtrise en études du religieux contemporain (M.A.), Université de Sherbrooke (Canada), 196 p.
- BÉLANGER-LÉVESQUE, Marie-Noëlle. (2018). « L'accouchement comme expérience spirituelle pour le parent : relecture féministe d'un programme de recherche interdisciplinaire », *Religiologique* 36, 133-156.
- BÉLANGER-LÉVESQUE, Marie-Noëlle, DUMAS, Marc, BERTHIAUME, Maryse, & PASQUIER, Jean-Charles. (2012). « Le 'vide spirituel paradoxal' en salle de naissance : hypothèse de travail et enjeux méthodologiques », *Studies in Religion/Sciences religieuses*, 41(3), 439-454.

- BÉLANGER-LÉVESQUE, Marie-Noëlle, DUMAS, Marc, BLOUIN, Simon, & PASQUIER, Jean-Charles. (2016). “ ‘That was intense!’ Spirituality during childbirth: a mixed-method comparative study of mothers’ and fathers’ experiences in a public hospital”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 294-304.
- BÉLANGER-LÉVESQUE, Marie-Noëlle, PASQUIER, Marilou, ROY-MATTON, Naomé, BLOUIN, Simon, & PASQUIER, Jean-Charles. (2014). “Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study”, *BMJ Open*, 4(2).
- BERGERON, Richard. (1999). « Pour une spiritualité du troisième millénaire », *Religiologiques*, 20, 231-246.
- BERGMANN, Claudia D. (2008). *Childbirth as Metaphor for Crisis: Evidence from the Ancient Near East, the Hebrew Bible, and 1QH XI, 1-18*, Berlin, de Gruyter, 267 p.
- BLONDEL, Béatrice, LELONG, N., KERMARREC, M., & GOFFINET, F. (2012). « La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 41, 151-166.
- BONAPACE, Julie, GAGNÉ, Guy-Paul, CHAILLET, Nils, GAGNON, Raymonde, HÉBERT, Emmanuelle, & BUCKLEY, Sarah. (2018). « Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement: approche de soulagement basée sur les données probantes », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 246-266.
- BORRELLI, Sara E., WALSH, Denis, & SPIBY, Helen. (2018). “First-time mothers’ expectations of the unknown territory of childbirth: Uncertainties, coping strategies and ‘going with the flow’ ”, *Midwifery*, 63, 39-45.
- BRELSFORD, Gina, & DOHENY, Kim. (2016). “Religious and Spiritual Journeys: Brief Reflections from Mothers and Fathers in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU)”, *Pastoral Psychology*, 65(1), 79-87.
- BROWN, Brené. (2011). “Faith, doubt, and inspiration”, dans *Brené Brown*, (page consulté le 30 juin 2018), <http://brenebrown.com/2011/02/09/201129faith-doubt-and-inspiration-html/>
- BROWN, Brené. (2012). *Daring Greatly: How the Courage to Be Vulnerable Transforms the Way We Live, Love, Parent, and Lead*, New York, Avery, 320 p..
- BROWN, Brené. (2015). *Rising Strong*, New York, Spiegel & Grau, 352 p.
- BRYANT, Anthony, & CHARMAZ, Kathy. (2007). *The SAGE handbook of grounded theory*, London, SAGE, 656 p.
- BUDIN, Wendy C. (2001). “Birth and death: opportunities for self-transcendence”, *Journal of Perinatal Education*, 10(2), 38-43.
- BURCHER, Paul (2013). “The Ulysses contract in obstetrics: a woman's choices before and during labour”, *Journal of Medical Ethics*, 39(1), 27-30.
- BURDETTE, Amy M., WEEKS, Janet, HILL, Terrence D., & EBERSTEIN, Isaac W. (2012). “Maternal religious attendance and low birth weight”, *Social Science & Medicine*, 74, 1961-1967.
- BURNS, Emily. (2015). “More Than Four Walls: The Meaning of Home in Home Birth Experiences”, *Social Inclusion*, 3(2), 6-16.
- BURNS, Emily. (2016). *The Meaning of Home: Spirituality and Domestic Space in Australian Home Birth Experiences*. Thèse (PhD), Western Sydney University (Australia), 129 p.
- BÜSSING, Arndt, WASSERMANN, Undine, CHRISTIAN HVIDT, Niels, LANGLER, Alfred, & THIEL, Michael. (2018). “Spiritual needs of mothers with sick new born or premature infants-A cross sectional survey among German mothers”, *Women Birth*, 31(2), 89-98.

- BÜSSING, Arndt, BALZAT, H. J., & HEUSSER, P. (2010). "Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire", *European Journal of Medical Research* (6), 266-273.
- CALDEIRA, Silvia, & HALL, Jenny. (2012). "Spiritual leadership and spiritual care in neonatology", *Journal of Nursing Management*, 20, 1069-1075.
- CALLISTER, Lynn Clark, & KHALAF, Inaam. (2010). "Spirituality in childbearing women", *The Journal Of Perinatal Education*, 19(2), 16-24.
- CAPOGNA, G., CAMORCIA, M., & STIRPARO, S. (2007). "Expectant fathers' experience during labor with or without epidural analgesia", *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 16(2), 110-115.
- CATLIN, Elizabeth A., GUILLEMIN, Jeanne H., THIEL, Mary Martha, HAMMOND, Sheila, WANG, Marvin L., & O'DONNELL, James. (2001). "Spiritual and religious components of patient care in the neonatal intensive care unit: sacred themes in a secular setting", *Journal of Perinatology*, 21, 426-431.
- CHAILLET, Nils, BELAID, Loubna, CROCHETIERE, Chantal, ROY, Louise, GAGNÉ, Guy-Paul, MOUTQUIN, Jean-Marie, ROSSIGNOL, Michel, DUGAS, Marylène, WASSEF, Maggy, BONAPACE, Julie. (2014). Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth*, 41(2), 122-137.
- CHALMERS, Beverley, KACZOROWSKI, Janusz, O'BRIEN, Beverley, & ROYLE, Cathie. (2012). "Rates of interventions in labor and birth across Canada: findings of the Canadian maternity experiences survey", *Birth: Issues in Perinatal Care*, 39(3), 203-210.
- CHAMPAGNE, Elaine. (2014). "Power, empowerment and surrender in the context of paediatric spiritual care", *International Journal of Children's Spirituality*, 19(3/4), 150-163.
- CHANG, K., CHAN, K., CHANG, S., YANG, M., & CHEN, T. H. (2008). "Decision analysis for epidural labor analgesia with multiattribute utility (MAU) model", *Clinical Journal of Pain*, 24(3), 265-272.
- CHAPMAN, Linda L. (2000). "Expectant fathers and labor epidurals", *The American Journal Of Maternal Child Nursing*, 25(3), 133-138.
- CHARMAZ, Kathy. (2014). *Constructing grounded theory*, (deuxième édition), Los Angeles, SAGE, 388 p.
- CHEADLE, Alyssa C. D., & DUNKEL SCHETTER, Christine. (2018). "Mastery, self-esteem, and optimism mediate the link between religiousness and spirituality and postpartum depression", *Journal of Behavioral Medicine*, 41(5), 711-721.
- CHEADLE, Alyssa C. D., DUNKEL SCHETTER, Christine, GAINES LANZI, Robin, REED VANCE, Maxine, SAHADEO, Latoya S., & SHALOWITZ, Madeleine U. (2015). "Spiritual and religious resources in African American women: protection from depressive symptoms following birth", *Clinical Psychological Science*, 3(2), 283-291.
- CHERBLANC, Jacques, & JOBIN, Guy. (2013). « Vers une psychologisation du religieux? Le cas des institutions sanitaires au Québec », *Archives de sciences sociales des religions*, 163, 39-62.
- CIANE. (2013). « Douleur et accouchement », *Enquête sur les accouchements*, 5, mis en ligne en avril 2013, (page consulté le 4 novembre 2018), 64 p. <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
- CLARKE, Janice. (2009). "A critical view of how nursing has defined spirituality." *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1666-1673.

- CONRAD, Megan, & STRICKER, Shelby. (2018). "Personality and labor: a retrospective study of the relationship between personality traits and birthing experiences", *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 36(1), 67-80.
- CROWTHER, Susan. (2018). "Childbirth as a sacred celebration", dans CROWTHER, Susan, & HALL, Jenny (Eds), *Spirituality and Childbirth: Meaning and Care at the Start of Life*, New York, Routledge, 13-29.
- CROWTHER, Susan, & HALL, Jennifer. (2015). "Spirituality and spiritual care in and around childbirth", *Women and Birth*, 28(2), 173-178.
- CROWTHER, Susan, & HALL, Jenny. (2017). "Introduction", dans CROWTHER, Susan, & HALL, Jenny (Eds), *Spirituality and Childbirth: Meaning and Care at the Start of Life*, New York, Routledge, 3-12.
- CROWTHER, Susan, SMYTHE, Elizabeth, & SPENCE, Deb. (2015). "Kairos time at the moment of birth", *Midwifery*, 31(4), 451-457.
- CUNNINGHAM, F. Gary, LEVENO, Kenneth J., BLOOM, Steven L., DASHE, Jodi S., HOFFMAN, Barbara L., CASEY, Brian M., & SPONG, Catherine Y. (2018). *Williams obstetrics*, (25ème édition, eds): McGraw-Hill Education.
- DAHLEN, Hannah G., BARCLAY, Lesley, & HOMER, Caroline S. E. (2010a). "'Reacting to the unknown': experiencing the first birth at home or in hospital in Australia", *Midwifery*, 26(4), 415-423.
- DAHLEN, Hannah G., BARCLAY, Lesley M., & HOMER, Caroline S. E. (2010b). "The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia", *Midwifery*, 26(1), 53-63.
- DAILEY, Dawn E. (2009). "Social stressors and strengths as predictors of infant birth weight in low-income African American women", *Nursing Research*, 58(5), 340-347.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. (2001). "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(Supplement 1), 5-23.
- DELAPORTE, Marianne, & MARTIN, Morag. (2018). "Introduction", dans DELAPORTE, Marianne, & MARTIN, Morag (Eds.), *Sacred inception. Reclaiming the spirituality of birth in the modern world*, Lanham, Lexington Books, 227 p.
- DILLAWAY, Heather, & BRUBAKER, Sarah Jane. (2006). "Intersectionality and childbirth: how women from different social locations discuss epidural use", *Race, Gender & Class*, 13(3/4), 16-41.
- DOWNE, Soo, & MCCOURT, Christine. (2008). "From being to becoming: reconstructing childbirth knowledges", dans DOWNE, Soo, & MCCOURT, Christine (Eds.), *Normal childbirth: evidence and debate*, (2ème édition), London, Churchill Livingstone, 3-28.
- DUMAS, Marc. (2004). « L'expérience en théologie ou la théologie en expérience », dans DUMAS, M. et NAULT F. (éds), *Pluralisme religieux et quêtes spirituelles: incidences théologiques*, Montréal, Fides, 189-205.
- DUMAS, Marc. (2010). « La spiritualité aujourd'hui. Entre un intensif de l'humain et un intensif de la foi », *Théologiques*, 18(2), 199-211.
- ECHEVARRIA, Ghislaine C., GRANT, Gilbert J., CHUNG, Yousun, & LAX, Jerome. (2017). "Survey of nulliparous parturients' attitudes regarding timing of epidural analgesia initiation", *Journal of Clinical Anesthesia*, 41, 106-111.
- FOLEY, Geraldine, & TIMONEN, Virpi. (2015). "Using Grounded Theory Method to Capture and Analyze Health Care Experiences", *Health Services Research*, 50(4), 1195-1210.

- FRANCES-FISCHER, Jana E. (2005). *The meaning and experience of spirituality for infertile women who have been through medical treatment in their efforts to produce a child: A phenomenological investigation*. Thèse (PhD), University of Memphis, US.
- FREEMAN, Michael, SAVVA, Nicos, & SCHOLTES, Stefan. (2017). "Gatekeepers at work: An empirical analysis of a maternity unit", *Management Science*, 63(10), 3147-3197.
- GAGNON, Raymonde, & HÉBERT, Emmanuelle. (2014). « Le travail et l'accouchement: la préparation, l'accompagnement et les méthodes pour composer avec la douleur » dans *Institut national de santé public du Québec*, mis en ligne en janvier 2014, (page consultée le 3 mai 2019), 61 p., <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/travail-et-accouchement-preparation-accompagnement-et-methodes-pour-composer-avec-la-douleur.pdf>.
- GASKIN, Ina May. (1990). *Spiritual Midwifery* (3ème ed. [1975]). Summertown, Tenn., 480 p.
- GASKIN, Ina May. (2003). "Some thoughts on unassisted childbirth", *Midwifery Today With International Midwife*(66), 38-40.
- GISEL, Pierre. (2017). « Pluralité du monde, ambiguïtés de la vie, singularités des itinéraires. Pour un modèle sorti de l'onto-théologie et du théologico-politique », dans DUMAS, M., RICHARD, J., & WAGONER, B. (Eds.), *Les ambiguïtés de la vie selon Paul Tillich*, Berlin, de Gruyter, 7-22.
- GLASER, Barney. (1978). *Theoretical Sensitivity*, Mill Valley (California): The Sociology Press, 164 p.
- GLASER, Barney. (1998). *Doing Grounded Theory: Issues and Discussions*. Mill Valley (California): The Sociology Press, 254 p.
- GLASER, Barney, & STRAUSS, Anselm. (1999 [1967]). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*: Aldine Transaction.
- GLENN, A., & URQUHART, Robin. (2019). "Adopting patient-centred tools in cancer care: role of evidence and other factors", *Current Oncology*, 26(1), 19-27.
- GOLDBERG, Holly Bianca, & SHORTEN, Allison. (2014a). "Differences between patient and provider perceptions of informed decision making about epidural analgesia use during childbirth." *The Journal of Perinatal Education*, 23(2), 104-112.
- GOLDBERG, Holly Bianca, & SHORTEN, Allison. (2014b). "Patient and provider perceptions of decision making about use of epidural analgesia during childbirth: a thematic analysis", *The Journal of Perinatal Education*, 23(3), 142-150.
- GOUNELLE, André. (2014). « Présentation de la théologie de Paul Tillich », dans *André Gounelle*, mis en ligne en juillet 2014, (page consultée le 3 novembre 2018), <http://andregounelle.fr/tillich/presentation-de-tillich.php>.
- GRAND'MAISON, Jacques. (2013). *Une spiritualité laïque au quotidien*, Montréal, Novalis, 312 p.
- GRAVEND-TIROLE, Xavier. (2015). « Quid le spirituel? Généalogie et tour d'horizon euro-américain », dans LE FUSTEC, Claude, STOREY, Jeff, & STOREY, Françoise (Eds.), *Théoriser le spirituel, Approches transdisciplinaires de la spiritualité dans les arts et les sciences*, E-Book, EME modulaires, 9-27.
- GREEN, Janet M. (2015). "Living in hope and desperate for a miracle: NICU nurses perceptions of parental anguish." *Journal of Religion and Health*, 54(2), 731-744.
- GROSS, Rita M. (1995). "Birth", dans ELIADE, Mircea et collab. (Eds.), *The Encyclopedia of Religion*, New York, Macmillan Library Reference, vol. 1-2, 227-231.

- GUILLEMETTE, François. (2006). « L'approche de la Grounded Theory; pour innover? », *Recherches qualitatives*, 26(1), 32-50.
- GUILLEMETTE, François, & LAPOINTE, Jean-René. (2012). « Illustration d'un effort pour demeurer fidèle à la spécificité de la méthodologie de la théorisation ancrée (*Grounded Theory*) », dans LUCKERHOFF, JASON, & GUILLEMETTE, François (Eds.), *Méthodologie de la théorisation enracinée : fondements, procédures et usages*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 11-35.
- HAINES, Helen M., RUBERTSSON, Christine, PALLANT, Julie F., & HILDINGSSON, Ingegerd. (2012). "The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth", *BMC Pregnancy And Childbirth*, 12, 55-55.
- HALL, Wendy, STOLL, Kathrin, HUTTON, Eileen, & BROWN, Helen. (2012). "A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 78.
- HAPPEL-PARKINS, Alison, & AZIM, Katharina A. (2016). "At pains to consent: A narrative inquiry into women's attempts of natural childbirth", *Women Birth*, 29(4), 310-320.
- HARKINS, Jennifer, CARVALHO, Brendan, EVERS, Amy, MEHTA, Sachin, & RILEY Edward, T. (2010). Survey of the Factors Associated with a Woman's Choice to Have an Epidural for Labor Analgesia. *Anesthesiology Research and Practice*, 1-8.
- HEINZE, S. D., & SLEIGH, Merry J. (2003). "Epidural or no epidural anaesthesia: Relationships between beliefs about childbirth and pain control choices." *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21, 323 - 333.
- HIDAKA, Ryoko, & CALLISTER, Lynn Clarke. (2012). "Giving birth with epidural analgesia: the experience of first-time mothers", *The Journal of Perinatal Education*, 21(1), 24-35.
- HOLMBERG, Åse, JENSEN, Per, & ULLAND, Dagfinn. (2017). "To make room or not to make room: clients' narratives about exclusion and inclusion of spirituality in family therapy practice." *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 38(1), 15-26.
- HOWARTH, Michelle, WARNE, Tony, & HAIGH, Carol. (2014). "Pain from the inside: understanding the theoretical underpinning of person-centered care delivered by pain teams." *Pain Management Nursing*, 15(1), 340-348.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2018). « Indicateurs d'accouchement selon le lieu d'accouchement », dans *Statistiques éclair*, (consulté le 28 novembre 2018, https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstrestprd_i&project=Quick%20Stats&uid=pce_pub_fr&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=7FA1013E11DF67A7001000804F1D38A0)
- JACKSON, G. N., SENSKY, T., REIDE, P., YENTIS, S. M., & JACKSON, G. N. B. (2011). "The capacity to consent to epidural analgesia in labour", *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 20, 269-270.
- JAKIMOWICZ, Samantha, PERRY, Lin, & LEWIS, Joanne. (2018). "Insights on compassion and patient-centred nursing in intensive care: A constructivist grounded theory", *Journal Of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1599-1611.
- JEPSEN, Ingrid, & KELLER, Dauer Keller. (2014). "The experience of giving birth with epidural analgesia", *Women Birth*, 27(2), 98-103.
- JOBIN, Guy. (2012). *Des religions à la spiritualité: une approche biomédicale du religieux dans l'hôpital*. Lauzanne: Lumen Vitae. 106 p.

- JONES, Leanne, OTHMAN, Mohammad, DOWSWELL, Therese, ALFIREVIC, Zarko, GATES, Simon, NEWBURN, Mary, JORDAN, Susan, LAVENDER, Tina, NEILSON, James P. (2012). "Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews", *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). 164 p.
- JONES, Lester E., WHITBURN, Laura Y., DAVEY, Mary-Ann, & SMALL, Rhonda. (2015). "Assessment of pain associated with childbirth: Women's perspectives, preferences and solutions", *Midwifery*, 31(7), 708-712.
- KANDASAMY, Sujane, VANSTONE, Meredith, OREMUS, Mark, HILL, Trista, WAHI, Gita, WILSON, Julie, DARLENE DAVIS, A., JACOBS, Ruby, ANGLIN, Rebecca, SAVITRI ANAND, Sonia. (2017). "Elder women's perceptions around optimal perinatal health: a constructivist grounded-theory study with an Indigenous community in southern Ontario", *CMAJ Open*, 5(2), 411-416.
- KANNAN, Suresh, JAMISON, Robert N., & DATTA, Sanjay. (2001). "Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth", *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 26(5), 468-472.
- KLASSEN, Pamela E. (2002). "The scandal of pain in childbirth", dans GIBBS, Robert, & WOLFSON, Eliot (Eds.), *Suffering Religion*, New York, Routledge, 73-100.
- KLASSEN, Pamela E. (2001a). *Blessed events: religion and home birth in America*, Princeton, Princeton University Press, 368 p.
- KLASSEN, Pamela E. (2001b). "Sacred Maternities and Postbiomedical Bodies: Religion and Nature in Contemporary Home Birth", *Signs*, 26(3), 30.
- KLEIN, Michale C., GRZYBOWSKI, Stefan, HARRIS, Sue, LISTON, Robert, SPENCE, Andrea, LE, Grace, BRUMMENDORF, Dorothea, KIM, Sharon, KACZOROWSKI, Janusz. (2001). "Epidural analgesia use as a marker for physician approach to birth: implications for maternal and newborn outcomes", *Birth: Issues in Perinatal Care*, 28(4), 243-248.
- KLINE, Wendy. (2015). "Communicating a New Consciousness: Countercultural Print and the Home Birth Movement in the 1970s", *Bulletin Of The History Of Medicine*, 89(3), 527-556.
- KLOMP, Trudy, WITTEVEEN, Anke B., DE JONGE, Ank, HUTTON, Eileen K., & LAGRO-JANSSEN, Antoine L. (2016). "A qualitative interview study into experiences of management of labor pain among women in midwife-led care in the Netherlands", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 94-102.
- KNOX, Alyssa, ROULEAU, Geneviève, SEMENIC, Sonia, KHONGKHAM, Malisa, & CIOFANI, Luisa. (2018). "Barriers and facilitators to birth without epidural in a tertiary obstetric referral center: Perspectives of health care professionals and patients", *Birth: Issues in Perinatal Care*, 45(3), 295-302.
- KOENIG, Harold G., & BÜSSING, Arndt. (2010). "Spiritual needs of patients with chronic diseases", *Religions*(1), 18-27.
- KOTELES, J., DE VRIJER, B., PENAVA, D., & XIE, Bin. (2012). "Maternal characteristics and satisfaction associated with intrapartum epidural analgesia use in Canadian women." *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 21(4), 317-323.
- KUKULU, Kamile, & DEMIROK, Hafize. (2008). "Effects of epidural anesthesia on labor progress", *Pain Management Nursing*, 9, 10-16.
- LABELLE, François, NAVARRO-FLORES, Olga, & PASQUERO, Jean. (2012). « Choisir et tirer parti de la méthodologie de la théorisation enracinée: un regard pratique depuis le terrain sciences de gestion », dans LUCKERHOFF, Jason, & GUILLEMETTE,

- François, (Eds.), *Méthodologie de la théorisation enracinée: fondements, procédures et usages*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 61-85.
- LACHANCE, Gaston. (2012). *Expérience spirituelle et expérience de rétablissement en santé mentale : étude descriptive en vue d'une thérapeutique spirituelle*. Thèse de doctorat en théologie, Université Laval, 512 p.
- LAFRENAYE, Sylvie. (2012). *La souffrance des parents dont l'enfant est atteint d'une condition médicale incurable : présentation d'une typologie sur l'identité spirituelle explicative de leur sérénité*, Thèse de doctorat en études du religieux contemporain (PhD), Université de Sherbrooke, 376 p.
- LAHOOD, Gregg. (2009). "Secreting Religion: Perinatal Dynamics, Ego Death and 'Reproductive Consciousness' in Childbirth", *Journal for the Academic Study of Religion*, 22(2), 161-189.
- LALLY, Joanne Elizabeth. (2011). *Decision making in pregnancy and childbirth: hopes, expectations and realities*, Thèse (PhD) University of Newcastle Upon Tyne (UK), 280 p.
- LE BRETON, David. (2017). *Sociologie du risque*. Paris: Presses Universitaires de France. 128 p.
- LE RAY, Camille, GOFFINET, François, PALOT, Maryse, GAREL, Micheline, & BLONDEL, Béatrice. (2008). "Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France", *Birth: Issues in Perinatal Care*, 35(3), 171-178.
- LEAP, Nicky, & ANDERSON, Tricia. (2008). "The role of pain in normal birth and the empowerment of women", dans DOWNE, Susan (Ed.), *Normal childbirth: evidence and debate* (2ème édition), 29-46.
- LEJEUNE, Christophe. (2014). *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. Louvain-la-Neuve (Belgique), de Boeck, 152 p.
- LEMAY, Céline. (2017). *La mise au monde : revisiter les savoirs*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 210 p.
- LEMAY, Céline, & HASTIE, Carolyn. (2017). "Holding sacred space in labour and birth", dans CROWTHER, Susan, & HALL, Jenny (Eds.), *Spirituality and Childbirth: Meaning and Care at the Start of Life*, Routledge, 99-116.
- LIPPERINI, Patricia T. (2016). "Young adult women and the pilgrimage of motherhood", *Religious Education*, 111(5), 521-536.
- LOGSDON, Katie, & SMITH-MORRIS, Carolyn. (2017). "An ethnography on perceptions of pain in Dutch 'natural' childbirth", *Midwifery*, 55, 67-74.
- LOTHIAN, Judith A. (2007). "Listening to mothers II: Knowledge, decision-making, and attendance at childbirth education classes. *The Journal Of Perinatal Education*, 16(4), 62-67.
- LUCKERHOFF, Jason, & GUILLEMETTE, François. (2012a). Conflits entre les exigences de la théorisation enracinée (MTE) et les exigences institutionnelles en matière de recherche scientifique. dans LUCKERHOFF, Jason, & GUILLEMETTE, François, (Eds.), *Méthodologie de la théorisation enracinée: fondements, procédures et usages*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 37-60.
- LUCKERHOFF, Jason, & GUILLEMETTE, François. (2012b). « Introduction », dans LUCKERHOFF, Jason, & GUILLEMETTE, François, (Eds.), *Méthodologie de la théorisation enracinée: fondements, procédures et usages*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 20-27.
- LÉVESQUE, Lia. (2018). Accouchements: le Québec, champion de l'épidurale au pays. *La Presse*, 19 avril 2018.

- MALHERBE, Jean-François, & AUDET, Dominic. (2007). *Sujet de vie ou objet de soins? : introduction à la pratique de l'éthique clinique*, Montréal, Fides, 471 p.
- MALHERBE, Jean-François, COURBAT, Dominique, PÉTEL, Christian, et SALEM, Gérard. (2010). « Entre chaos et pur cristal : entretien », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 44(1), 13-26.
- MANAR, Jijene, & TABAK, Nili. (2012). "The acceptance of epidural anesthesia by Israeli-Arab birthing mothers", *Medicine And Law*, 31(3), 387-403.
- MANN, Joshua, MCKEOWN, Robert E., BACON, Janice, VESSELINOV, Roumen, & BUSH, Freda. (2008). "Do antenatal religious and spiritual factors impact the risk of postpartum depressive symptoms?", *Journal of Women's Health*, 17(5), 745-755.
- AMORIM, Mariana, ALVES, Elisabete, KELLY-IRVING, Michelle, RIBEIRO, Ana Isabel, & SILVA, Susana. (2018). "Quality of life of parents of very preterm infants 4 months after birth: a mixed methods study", *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 178-189.
- MAY, Rollo. (1994). *The Courage to Create*, W. W. Norton & Company, 144 p.
- MILLS, Jane, BONNER, Ann, & FRANCIS, Karen. (2006). "The development of constructivist grounded theory", *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 1-10.
- MITCHELL, Mary, & HALL, Jenny. (2007). "Teaching spirituality to student midwives: a creative approach", *Nurse Education in Practice*, 7(6), 416-424.
- MOLONEY, Sharon. (2007). "Dancing with the wind: A methodological approach to researching women's spirituality around menstruation and birth", *International Journal of Qualitative Methods*, 6(1), 114-125.
- MOLONEY, Sharon. (2009). "Birth as a spiritual initiation: Australian women's experiences of transformation", *Journal for the Academic Study of Religion*, 22(2), 190-213.
- MOLONEY, Sharon, & GAIR, Susan. (2015). "Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences", *Women and Birth*, 28(4), 323-328.
- MORSE, Janice M., NIEHAUS, Linda, WOLFE, Ruth R., & WILKINS, Seanne. (2006). "The role of the theoretical drive in maintaining validity in mixed-method research", *Qualitative Research in Psychology*, 3(4), 279-291.
- NASSER, Latif. (2015). "The amazing story of the man who gave us modern pain relief", *TED Idea Worth Spreading*, mis en ligne en mars 2015, (page consultée le 1er novembre 2019), https://www.ted.com/talks/latif_nasser_the_amazing_story_of_the_man_who_gave_us_modern_pain_relief
- NEWNHAM, Elizabeth, MCKELLAR, Lois, & PINCOMBE, Jan. (2016). "A critical literature review of epidural analgesia" *Evidence Based Midwifery*, 14(1), 22-28.
- NEWNHAM, Elizabeth, McKellar, Lois, & Pincombe, Jan. (2017a). "Paradox of the institution: findings from a hospital labour ward ethnography", *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 2-12.
- NEWNHAM, Elizabeth, MCKELLAR, Lois, & PINCOMBE, Jan. (2017b). 'It's your body, but...' Mixed messages in childbirth education: Findings from a hospital ethnography. *Midwifery*, 55, 53-59. doi:10.1016/j.midw.2017.09.003
- NEWNHAM, Elizabeth, MCKELLAR, Lois, & PINCOMBE, Jan. (2018). *Towards the Humanisation of Birth: A study of epidural analgesia and hospital birth culture*, Palgrave Macmillan, 266 p.
- NISHI, Daisuke, & USUDA, Kentaro. (2017). "Psychological growth after childbirth: an exploratory prospective study", *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 38(2), 87-93.

- ORBACH-ZINGER, S., BARDIN, R., BERESTIZHEVSKY, Y., SULKES, J., David, Y., ELCHAYUK, S., PELEG, D., EIDELMAN, L. A. (2008). "A survey of attitudes of expectant first-time fathers and mothers toward epidural analgesia for labor", *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 17(3), 243-246.
- OREJUELA, Francisco, GARCIA, Tiffany, GREEN, Charles, KILPATRICK, Charlie, GUZMAN, Sara, & BLACKWELL, Sean. (2012). "Exploring factors influencing patient request for epidural analgesia on admission to labor and delivery in a predominantly latino population", *Journal of Immigrant & Minority Health*, 14(2), 287-291.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2018). "WHO recommendation on epidural analgesia for pain relief during labour", *WHO*, mis en ligne le 17 février 2018, (consultée le 10 octobre 2019), <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-1st-stage/who-recommendation-epidural-analgesia-pain-relief-during-labour>
- OURO-BANG'NA MAMAN, A. F., AGBETRA, N., DJIBRIL, A., EGBOHOU, P., KANGNI, N., TOMTA, K., AKPADZA, K., AHOUEANGBÉVI, S., CHOBLI, M. (2007). « Niveau de connaissance et acceptabilité de l'analgésie péridurale: Enquête auprès des femmes enceintes au Togo », *Médecine Tropicale*, 67(2), 159-162.
- PAECH, M. (2006). "'Just put it in!' Consent for epidural analgesia in labour", *Anaesthesia & Intensive Care*, 34(2), 147-149.
- PAN, Peter H., BOGARD, T. D., & OWEN, M. D. (2004). "Incidence and characteristics of failures in obstetric neuraxial analgesia and anesthesia: a retrospective analysis of 19,259 deliveries", *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 13(4), 227-233.
- PARIS LANGENBERG, Amy. (1999). "Birth and Rebirth", dans YOUNG, Serinity et collab. (Eds.), *Encyclopedia of Women and World Religion*, New York: Macmillan Reference USA, Vol. 1, 91-92.
- PEMBROKE, Neil F., & PEMBROKE, Janelle J. (2008). "The spirituality of presence in midwifery care", *Midwifery*, 24(3), 321-327.
- PETIT, Pierre. (2015). « Prise en charge de la tocophobie par thérapie cognitivo-comportementale : À propos d'un cas clinique », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 25(1), 3-11.
- POSSAMAI-INESEDY, Alpha. (2009). "The silence of spirituality within sociology of childbirth: Epistemological and methodological considerations", *Journal for the Academic Study of Religion*, 22(2), 137-160.
- PREIS, Heidi, BENYAMINI, Yael, EBERHARD-GRAN, Malin, & GARTHUS-NIEGEL, Susan. (2018). "Childbirth preferences and related fears - comparison between Norway and Israel", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 362-370
- PRICE, Sheri, LAKE, Margaret, BREEN, Glenn, CARSON, Glenda, QUINN, Colleen, & O'CONNOR, Thomas. (2007). "The spiritual experience of high-risk pregnancy", *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(1), 63-70.
- PROSSER, Samantha J., BARNETT, Adrian G., & MILLER, Yvette D. (2018). "Factors promoting or inhibiting normal birth", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 241-250.
- RAFFAY, Julian, WOOD, Emily, & TODD, Andrew. (2016). "Service user views of spiritual and pastoral care (chaplaincy) in NHS mental health services: a co-produced constructivist grounded theory investigation". *BMC Psychiatry*, 16, 200-210.

- RICHARD, Louis-André. (2019). « Mourir dans la dignité, entre mort paisible et mort en paix », *AQSP*, conférence présentée au 29ème congrès de l'Association québécoise de soins palliatifs, 10 mai 2019, Montréal (Québec).
- RICHARD, Louis-André, & BOIVIN, Réjean. (2019). « Repères éthiques pour surmonter les paradoxes dans le soin », *AQSP*, conférence présentée au 29ème congrès de l'Association québécoise de soins palliatifs, 10 mai 2019, Montréal (Québec).
- RIVARD, Andrée. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, Montréal (Québec) : Les Éditions du remue-ménage, 450 p.
- ROSS, Linda, MCSHERRY, Wilfred, GISKE, Tove, VAN LEEUWEN, René, SCHEP-
AKKERMAN, Annemiek, KOSLANDER, Tiburtius, HALL, Jenny, STEENFELDT, Vibeke Ostergaard, JARVIS, Paul. (2018). "Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: A prospective, longitudinal, correlational European study", *Nurse Education Today*, 67, 64-71.
- ROSSIGNOL, Michel, BOUGHRASSA, Faiza, & MOUTQUIN, Jean-Marie. (2012). « Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque. » *ETMIS*, 8(14), 134 p.
- ROUDSARI, R. L., ALLAN, H. T., & SMITH, P. A. (2007). Looking at infertility through the lens of religion and spirituality: a review of the literature. *Human Fertility*, 10(3), 141-149.
- SALDAÑA, Johnny. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*, Los Angeles, SAGE, 328 p.
- SAWYER, Alexandra, & AYERS, Susan. (2009). "Post-traumatic growth in women after childbirth", *Psychology & Health*, 24(4), 457-471.
- SCHENK, Laura K. (2005). *Mothering an extremely low birth weight infant*. Thèse doctorale (PhD), University of Mississippi Medical Center, 157 p.
- SCHNEIDER, Dana A. (2012). "The miracle bearers: Narratives of birthing women and implications for spiritually informed social work practice", *Journal of Social Service Research*, 38(2), 212-230.
- SCHNEIDER, Dana A. (2018). "Birthing failures: Childbirth as a female fault line", *The Journal Of Perinatal Education*, 27(1), 20-31.
- SCHNEIDER, Dana A. (2009). *Beyond the baby: Women's narratives of childbirth, change and power*. Thèse doctorale (PhD), Smith College, Northampton, MA.
- SCHYTT, Erica, & WALDENSTRÖM, Ulla. (2010). "Epidural analgesia for labor pain: whose choice?" *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 89(2), 238-242.
- SCHÜSSLER, Werner. (2017). « Les ambiguïtés des processus de la vie et le 'healing power' de l'esprit divin. Sur le rapport entre salut (*Heil*) et guérison (*Heilen*) chez Paul Tillich », dans DUMAS, Marc, RICHARD, Jean, & WAGONER, Bryan (Eds.), *Les ambiguïtés de la vie selon Paul Tillich: Travaux issus du XXIe Colloque*, Berlin, de Gruyter, 367-378.
- SHEINER, Eyal, SHEINER, Einat K., SHOHAM-VARDI, Ilana, GURMAN, Gabriel M., PRESS, Fernanda, MAZOR, Moshe, & KATZ, Miriam. (2000). "Predictors of recommendation and acceptance of intrapartum epidural analgesia", *Anesthesia And Analgesia*, 90(1), 109-113.
- SILVA, Marcos, & HALPERN, Stephen H. (2010). "Epidural analgesia for labor: Current techniques", *Local and Regional Anesthesia*, 3, 143-153.
- SITRAS, Vasilis, ŠALTYTĖ BENTH, Jūratė, & EBERHARD-GRAN, Malin. (2017). "Obstetric and psychological characteristics of women choosing epidural analgesia during labour: A cohort study", *PLoS ONE*, 12(10), 1-10.

- SJÖBLOM, Ingela, NORDSTRÖM, Berit, & EDBERG, Anna-Karin. (2006). "A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden", *Midwifery*, 22(4), 348-355.
- SORAJJAKOOL, Siroj. (2006). *When sickness heals: the place of religious belief in healthcare*, Philadelphia: Templeton Foundation Press, 176 p.
- ST-AMANT, Stéphanie. (2013). *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*, Thèse de doctorat en sémiologie (PhD), Université du Québec à Montréal (Québec), 444 p.
- STOLL, Kathrin H., & Hall, Wendy. (2012). "Childbirth education and obstetric interventions among low-risk Canadian women: Is there a connection?" *The Journal of Perinatal Education*, 21(4), 229-237.
- STOVELL, Beth M. (2012). "The birthing spirit, the childbearing God: Metaphors of motherhood and their place in Christian discipleship", *Priscilla Papers*, 26(4), 16-21.
- SUN, Hui-Lin, SINCLAIR, Marlene, KERNOHAN, George W., CHANG, Te-Hsin, & PATERSON, Hillary. (2011). "Sailing against the tide: Taiwanese women's journey from pregnancy loss to motherhood". *The American Journal Of Maternal Child Nursing*, 36(2), 127-133.
- SWANSON, Patricia B., KANE, Robert T., PEARSALL-JONES, Jillian G., SWANSON, Carl F., & CROFT, Maxine L. (2009). "How couples cope with the death of a twin or higher order multiple", *Twin Research And Human Genetics: The Official Journal Of The International Society For Twin Studies*, 12(4), 392-402.
- SWIFT, Emma Marie, GOTTFREDSDOTTIR, Helga, ZOEGA, Helga, GROSS, Mechthild M., & STOLL, Kathrin. (2017). "Opting for natural birth: A survey of birth intentions among young Icelandic women", *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 41-46.
- TAGHIZDEH, Z., EBADI, A., DEGHANI, M., GHARACHEH, M., & YADOLLAHI, P. (2017). "A time for psycho-spiritual transcendence: The experiences of Iranian women of pain during childbirth", *Women Birth*, 30(6), 491-496.
- TAUBMAN-BEN-ARI, Orit, FINDLER, Liora, & SHARON, Niva. (2011). "Personal growth in mothers: examination of the suitability of the posttraumatic growth inventory as a measurement tool", *Women Health*, 51(6), 604-622.
- TEDESCHI, Richard G., CANN, Arnie, TAKU, Kanako, SENOL-DURAK, Emre, & CALHOUN, Lawrence G. (2017). "The Posttraumatic Growth Inventory: A revision integrating existential and spiritual change", *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11-18.
- THOMSON, Gill. (2017). "Growth and renewal through traumatic birth", dans CROWTHER, Susan, & HALL, Jenny (Eds.), *Spirituality and Childbirth: Meaning and Care at the Start of Life*, New York NY, Routledge, 142-158.
- THORNBURG, Robert. (2012). "Informed grounded theory", *Scandinavian Journal of Educational Research*, 56(3), 243-259.
- TILLICH, Paul. (1999). *Le courage d'être*, traduction et introduction par LEMAY, Jean-Pierre, Québec, Cerf - Labor et Fides - Presses de l'Université Laval, 220 p.
- TORRES, Jennifer M., & De Vries, Raymond G. (2009). "Birthing ethics: what mothers, families, childbirth educators, nurses, and physicians should know about the ethics of childbirth", *The Journal Of Perinatal Education*, 18(1), 12-24.
- TRÉLAÛN, Maïtie. (2012). *J'accouche bientôt : que faire de la douleur ?* Gap (France): Souffle d'or.

- VAN CAPPELLEN, Patty, WAY, Baldwin M., ISGETT, Suzannah F., & FREDRICKSON, Barbara L. (2016). "Effects of oxytocin administration on spirituality and emotional responses to meditation", *Social Cognitive & Affective Neuroscience*, 11(10), 1579-1587.
- VAN DEN BUSSCHE, Eva, CROMBEZ, Geert, ECCLESTON, Christopher, & SULLIVAN, Michael J. L. (2007). "Why women prefer epidural analgesia during childbirth: The role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing", *European Journal of Pain*, 11(3), 275-282.
- VAN DER GUCHT, Natalie, & LEWIS, Kiara. (2015). "Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research", *Midwifery*, 31(3), 349-358.
- VILLAGOMEZA, Liwliwa R. (2005). "Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity", *Holistic Nursing Practice*, 19(6), 285-294.
- WAAIJMAN, Kees. (2002). *Spirituality. Forms, Foundations, Methods*. Leuven, Peeters, 968 p.
- WAAIJMAN, Kees. (2008). "Spirituality in care in the interaction between care seeker and caregiver", dans BOUWER, J. (Ed.), *Spirituality and Meaning in Health Care: A Dutch Contribution to an Ongoing Discussion*. Leuven: Peeters, 5-28.
- WAAIJMAN, Kees. (2010). "Primordial spirituality", *Hervormde theologiese studies*, 66(1), 1-5.
- WHITBURN, Laura Y., JONES, Lester E., DAVEY, Mary-Ann, & SMALL, Rhonda. (2014). "Women's experiences of labour pain and the role of the mind: An exploratory study", *Midwifery*, 30(9), 1029-1035.
- WINDLEY-DAOUST, Susan. (2014). *Theology of the body, extended. The spiritual signs of birth, impairment, and dying*. Hobe Sound FL: Lectio, 270 p.
- YANG, William, STAPS, Ton, & HIJMANS, Ellen. (2012). "Going through a dark night: existential crisis in cancer patients - effective coping as a psycho-spiritual process embedded in the vulnerability of the body", *Studies in Spirituality*, 22, 311-339.
- YOUNG, Caroline, & KOOPSEN, Cyndie. (2011). *Spirituality, health, and healing: an integrative approach*, Jones and Bartlett Learning, Sudbury MA, 352 p.

ANNEXES

ANNEXE 1 – PROTOCOLE DE RECHERCHE

Protocole de recherche

Accoucher sous ou sans épidurale?

**Analyse sociale et théologique du phénomène de l'accouchement vaginal sous
anesthésie épidurale en contexte québécois**

Investigateur principal : Marc Dumas, D. ~~Théol.~~

Département de gynécologie-obstétrique

Projet de thèse de Marie-Noëlle Bélanger-Lévesque

Centre d'études du religieux contemporain

Collaborateur : Jean-Charles Pasquier, MD PhD

Département de gynécologie-obstétrique

Déposé au Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du CHUS

Version 2 - Juillet 2016

Table des matières

1. Recension des écrits	5
1.1 Facteurs d'utilisation liés aux parents.....	5
1.2 Facteurs d'utilisation liés au contexte médical.....	7
2. Objectif de l'étude	8
2.1 Question de recherche	8
2.2 Objectifs de l'étude.....	8
3. Méthode de l'étude	8
4. Population à l'étude	9
5. Échantillonnage.....	9
6. Taille de l'échantillon et critères d'inclusion et d'exclusion	9
6.1 Critère d'inclusion.....	9
6.2 Critère d'exclusion	10
7. Recrutement	10
8. Variables et collectes de données.....	10
8.1 Identification des concepts et expériences faisant l'objet de l'étude	10
8.2 Méthode de collectes de données	10
9. Déroulement de l'étude	11
10. Analyse des données	12
11. Limites de l'étude.....	13
12. Considérations éthiques.....	13
13. Retombées anticipées	13
14. Diffusion des résultats.....	14
15. Échéancier.....	14
16. Budget	14
Références	15

Analyse sociale et théologique du phénomène de l'accouchement vaginal sous anesthésie épidurale en contexte québécois

Si la première utilisation de l'anesthésie épidurale (ou péridurale) en contexte d'accouchement remonte à 1942, ce n'est que depuis les années 1990 que l'on peut parler d'un véritable phénomène dans la société québécoise, alors que son utilisation dans les accouchements vaginaux progresse drastiquement (Rossignol, Bouhrassa, & Moutquin, 2012, table 1).

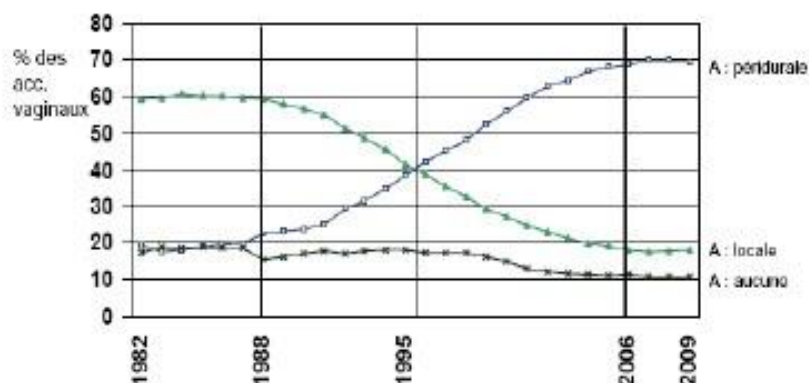


Table 1 Progression de l'anesthésie épidurale lors d'accouchements vaginaux - Québec 1982- 2010 (INESS 2012)

Deux-tiers des accouchements vaginaux au Québec sont maintenant sous épidurale, plaçant la province première au pays : en 2006, alors que le taux québécois atteint 66,7%, la moyenne canadienne se situe à 57,3%. (Chalmers, Kaczorowski, O'Brien, & Royle, 2012, table 2))

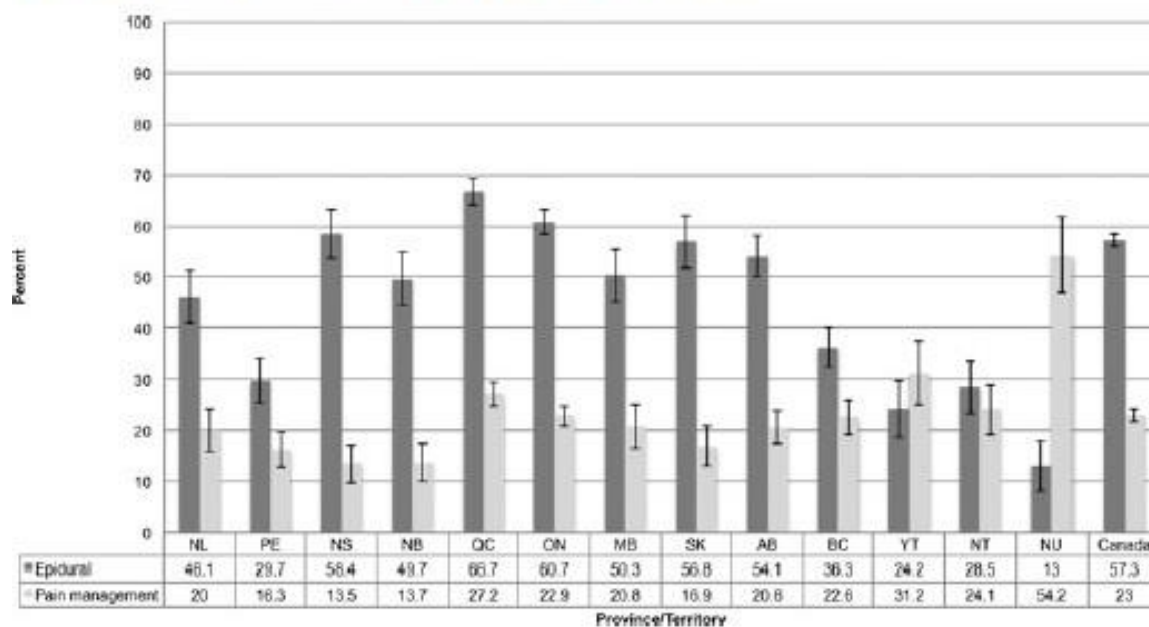


Table 2 Utilisation canadienne de l'anesthésie épidurale selon le territoire - Chalmers et al. 2012

Dans le discours médical, l'utilisation de l'épidurale est actuellement vue et présentée comme une méthode de « gestion de la douleur », efficace et sécuritaire (Jones et al., 2012). Toutefois, plusieurs données nous permettent de questionner cette vision unique axée sur la gestion de la douleur.

D'abord, on observe, qu'encore aujourd'hui, certains parents désirent et se préparent pour accoucher « dans la douleur », soit sans anesthésie et ce, malgré sa disponibilité, un choix souvent connu sous le nom « d'accouchement naturel ». Bien que souvent associé au mouvement de « réappropriation de la naissance » débutant dans les années 1980 et aux accouchements à domicile et en centres de naissance pratiquée par les sages-femmes, on constate que plusieurs couples désirant accoucher à l'hôpital préfèrent ne pas avoir à utiliser l'épidurale et que chez les femmes ayant accouché sous épidurale, plusieurs ne l'utiliseront pas lors d'un accouchement subséquent (CIANE, 2013)

De plus, mon mémoire m'a pisté sur son impact mitigé sur la satisfaction des parents (Bélanger-Lévesque, 2012), confirmé par notre enquête de satisfaction réalisés auprès de 200 couples au CHUS au printemps 2012 : l'anesthésie épidurale y diminue la satisfaction des deux parents, et est la seule variable que les mères et pères partagent. (Bélanger-Lévesque, Pasquier, Roy-Matton, Blouin, & Pasquier, 2014) D'autres recherches indiquent l'importance des attentes prénatales des mères face à l'épidurale sur leur satisfaction de leur expérience d'accouchement, précisant que si leur satisfaction est la plus élevée chez celles qui ni ne désirent et ne reçoivent l'épidurale (Koteles, de Vrijer, Penava, & Xie, 2012), elle est toutefois la plus basse chez celles qui désiraient un « accouchement naturel » et qui ont finalement reçu l'épidurale. (CIANE, 2013; Kannan, Jamison, & Datta, 2001) Chez les pères, les études indiquent que son utilisation peut leur permettre de se sentir utile, moins anxieux et stressé, et ainsi être plus satisfait. (Capogna, Camorcia, & Stirparo, 2007) Chapman précise néanmoins qu'une meilleure préparation à l'accouchement, notamment en expliquant les changements probables dans le comportement de la mère, permettrait toutefois de diminuer leur sentiment d'impuissance, de stress, de frustration et d'anxiété. (2000)

Ces éléments nous indiquent que la gestion de la douleur n'est peut-être pas la préoccupation principale des parents entourant l'anesthésie épidurale : une analyse sociale de ce phénomène est d'abord à faire en partant des préoccupations des parents sur l'horizon de la naissance, sur ce qui entoure le commencement de la vie et sur la manière qu'on accueille les enfants dans la société québécoise actuelle. Comme toute technologie, l'anesthésie épidurale amène des changements sociaux, ici dans la relation à l'enfantement et à l'expérience de la naissance du point de vue humain. Face à ceci, on est en droit de se questionner sur ce qui amènent les parents à la *choisir* ou non, sur les raisons les amenant à avoir ou non un tel accouchement, sur ce qui les *préoccupent* sur ce que je nomme le phénomène québécois de l'accouchement sous anesthésie épidurale. Parallèlement, ceci nous permet de révéler des éléments de notre société, notamment face à un changement possible sur le sens de la naissance et de la douleur.

Dans un deuxième temps, il m'appert qu'une lecture existentielle et théologique serait pertinente, alors qu'on constate que socialement, des événements importants de la vie d'un individu, tels la naissance d'un enfant, qui étaient religieusement encadrés ne le sont plus automatiquement dans notre contexte actuel : une quête de rituel et de sens se déploie chez certains de nos contemporains. La naissance d'un enfant est une expérience-limite intéressante à étudier, car elle peut soulever des questions existentielles importantes et même susciter une angoisse sur le sens de la vie, sur la mort. La spiritualité peut ici agir tel un pansement, mais peut aussi être beaucoup plus : on souligne, par exemple, la nature sacrée du choix d'accoucher à domicile (sans anesthésie) (Klassen, 2001), sa dimension existentielle et spirituelle comme « foi dans la vie » (Sjöblom, Nordström, & Edberg, 2006)

1. Recension des écrits

Pour comprendre le phénomène, une revue de la littérature a été faite avec les termes « epidural », « labor pain », « factors » et « meaning ». Si l'on trouve bien des facteurs propres aux parents (parité, contexte socio-économique, niveau de connaissance, peur de l'accouchement, croyances, entourage, vision du corps médical), un deuxième type de facteurs associés à l'utilisation de l'anesthésie épidurale est plutôt lié au contexte médical (disponibilité, culture du milieu, approche du soignant).

1.1 Facteurs d'utilisation liés aux parents

La *multiparité* est la variable la plus régulièrement associée au fait d'accoucher sans épidurale, (Koteles, et al., 2012; Le Ray, Goffinet, Palot, Garel, & Blondel, 2008; Schytt & Waldenström, 2010; Sheiner et al., 2000; Van den Bussche, Crombez, Eccleston, & Sullivan, 2007), expliquée en partie à un temps d'accouchement plus court et un premier accouchement sous épidurale insatisfaisant. (CIANE, 2013) L'emploi de l'anesthésie épidurale est aussi plus fréquente dans des *situations sociales* moins favorables (Le Ray, et al., 2008), spécifiquement au Canada au fait d'avoir un statut de Première Nation, d'être sans-emploi ou femmes à la maison. (Koteles, et al., 2012) Inversement, les femmes plus éduquées et avec un meilleur revenu sont plus nombreuses à utiliser l'épidurale. (Koteles, et al., 2012; Orejuela et al., 2012; Sheiner, et al., 2000) Ceci est peut-être expliqué, car son emploi est aussi lié au *niveau de connaissance sur l'anesthésie épidurale*, car un manque de connaissance sur la procédure peut être suffisant pour que les femmes ne choisissent pas l'épidurale. (Orejuela, et al., 2012) Toutefois, paradoxalement, une bonne connaissance des risques propres à cette anesthésie par les mères diminue son emploi. (Heinze & Sleight, 2003) En effet, une revue de littérature *Cochrane* associe l'utilisation de l'épidurale à un plus haut taux d'accouchement instrumental et de césarienne pour cause de détresse fœtale, et à un risque plus élevé de la mère à faire de l'hypotension et de la fièvre. (Jones, et al., 2012) Ainsi, le fait de ne pas choisir l'épidurale peut être un choix fait sur le principe même de la sécurité (Poore & Foster, 1985) et par peur des effets secondaires. (Chang, Chan, Chang, Yang, & Chen, 2008; Van den Bussche, et al., 2007)

Toutefois, l'importance d'éléments plus subjectifs devient rapidement évident : *le fait même de penser que l'épidurale sera nécessaire* est le deuxième facteur de son utilisation après la nulliparité. (Schytt & Waldenström, 2010) La *peur de l'accouchement* en soi se révèle importante dans la littérature, alors qu'une peur élevée de l'accouchement augmenterait ainsi l'utilisation de l'épidurale (Hall, Stoll, Hutton, & Brown, 2012) : Inversement, la non-utilisation de l'épidurale est liée à une faible peur de l'accouchement. (Heinze & Sleight, 2003) Une étude prospective longitudinale suédoise et australienne offre une typologie pour expliquer le phénomène en prénatal, soit : 1) les 'Self determiners' (attitudes claires sur l'accouchement qui est vu comme un processus naturel et lié à aucune peur); 2) 'Take it as it comes' (pas de peur de l'accouchement sans attitudes claires sur l'accouchement); et 3) 'Fearful' (peur de la naissance, soucis face à la douleur, le contrôle et la sécurité). Ce dernier groupe a reçu beaucoup plus d'épidurale lorsqu'en travail et a expérimenté plus douleur de travail que les femmes des autres groupes. (Haines, Rubertsson, Pallant, & Hildingsson, 2012) Similairement, d'autres femmes recevant l'épidurale ont autant de douleur que celles qui ne le reçoivent pas, mais expriment plus de peur. (Alehagen, Wijma, Lundberg, & Wijma, 2005)

D'autres éléments de croyances sont aussi à considérer. En contexte hospitalier, ici américain, le fait d'être séculier (*secular*) plutôt que religieux est un prédicteur indépendant de l'acceptation de cette anesthésie. (Sheiner, et al., 2000) En contexte de naissance à domicile, sans anesthésie, on souligne la nature sacrée du choix de l'accouchement à domicile pour 45 Américaines de différentes religions et spiritualités (Klassen, 2001), alors que des Suédoises parlent d'une dimension existentielle et spirituelle, représentée dans la foi dans la vie (Sjöblom, et al., 2006).

L'*entourage social* peut aussi avoir une influence. Ainsi, une étude hollandaise soulève que le fait que si la famille et les amies ont eu une expérience positive de l'épidurale, les probabilités que l'épidurale soit désirée double. (Van den Bussche, et al., 2007) De même, chez une population largement latino aux États-Unis, une importante raison rapportée par les femmes pour refuser l'épidurale est le fait que la famille et/ou les amis ne recommandent pas cette anesthésie et que « les femmes devraient gérer (*cope*) la douleur de l'accouchement ». (Orejuela, et al., 2012).

Finalement, son emploi par les mères est associé à la *vision* que celles-ci ont *du corps médical*. Une enquête américaine publiée en 1985 révèle que les femmes recevant l'épidurale ont un score significativement plus élevé sur une échelle mesurant le fait de croire en des personnes puissantes, avec une vision de contrôle extérieure d'elle-même et une passive plutôt qu'une participation active dans les décisions à propos de l'accouchement et qu'au contraire, les personnes n'ayant pas reçu d'épidurale sont plus intéressées à aller chercher de l'aide lors du travail d'accouchement. (Poore & Foster, 1985) Une autre enquête américaine publiée en 2003 indiquait une continuité : les femmes accouchant sans épidurale ont plutôt une vision de contrôle intérieure et désirent participer activement à l'accouchement dans l'ensemble du processus. (Heinze & Sleight, 2003)

1.2 Facteurs d'utilisation liés au contexte médical

D'autres facteurs sont plutôt liés au contexte médical, comme tout d'abord l'accessibilité à avoir recours à l'épidurale. Il est sûr que l'anesthésie ne peut être utilisée que si elle est *disponible* : la technologie ne doit pas uniquement être sur place mais un anesthésiste doit être disponible, ce qui n'est pas toujours le cas en tout temps. Aucune recherche trouvée n'indique la disponibilité dans les établissements québécois : ceci devrait être exploré comme facteur de variabilité entre les provinces canadiennes (Chalmers, et al., 2012) et pourrait expliquer pourquoi les canadiennes des milieux ruraux utilisent moins l'épidurale. (Koteles, et al., 2012) Toutefois, une enquête française indique que chez les 2720 femmes ayant donné naissance sans anesthésie épidurale, seulement 2,8% ont dit que cela était dû à la non-disponibilité d'un anesthésiste. (Le Ray, et al., 2008)

Une *culture locale* de pratique a aussi été identifiée comme facteur d'utilisation. Une enquête suédoise (N= 2529) pointe que les possibilités de recevoir une anesthésie épidurale était deux fois et trois plus élevée dans certaines régions plutôt que d'autres. (Schytt & Waldenström, 2010) Aussi, en France, on identifie une différence d'un type d'établissement à l'autre, alors que la probabilité d'accoucher sans épidurale étant plus élevée dans un hôpital public non-universitaire et dans les petites et moyennes unités de maternité. (Le Ray, et al., 2008)

Finalement, *l'approche même adoptée par chaque accoucheur-se* a un impact sur de l'utilisation de l'anesthésie épidurale. En Colombie-Britannique, Klein et al. ont réalisé une analyse rétrospective sur des multipares à bas risque (N=1992). En divisant les médecins de famille selon leur utilisation de l'épidurale, soit faible (0-30%; 15 médecins, 263 naissances), moyenne (31-50%; 55 médecins, 1323 naissances) et élevée (51-100%; 26 médecins, 406 naissances), l'étude a pu non seulement démontrer que celle-ci reflète une approche générale de l'accouchement par le médecin mais aussi que ceci a un impact chez les résultats maternels et fœtaux. Ainsi, comparé aux accouchements sous épidurale, les femmes ayant accouché sans étaient admises à un stade plus élevée de dilatation cervicale (moyenne de 4,0 versus 3,1 cm), recevaient moins de monitoring fœtal (76,4 vs 87,2) et d'ocytocine (12,2 vs 29,8), avaient moins de mauvaises présentation (postérieure occiput pou transversale; 23,2 vs 34,2), avaient moins de césariennes (14,0 vs 24,4), de consultations obstétriques (47,9 vs 63,8), et d'admission en néonatalogie (7,2 vs 12,8). (Klein et al., 2001)

Une synthèse rapide de la littérature nous permet de faire quelques constats :

- L'épidurale en accouchement vaginal ne peut être comprise qu'en terme de « gestion de douleur » et plusieurs éléments subjectifs y sont associés;
- Les facteurs d'utilisation de l'anesthésie épidurale sont liés aux parents et au milieu médical;

- Si plusieurs recherches indiquent des facteurs d'utilisation, on ne connaît peu les véritables motivations des parents à désirer ou utiliser l'épidurale;
- Peu de recherches s'intéressent aux femmes indécises, dichotomisant souvent les femmes selon leur désir ou non ou encore selon leur utilisation ou non d'épidurale;
- Peu de recherches s'intéressent à la position et à l'impact du père dans la décision face à l'épidurale, alors qu'il est un acteur généralement présent à l'accouchement, ou encore à l'impact du soignant.

2. Objectif de l'étude

2.1 Question de recherche

Quelle est la préoccupation principale des parents entourant le phénomène québécois de l'accouchement vaginal sous anesthésie épidurale?

2.2 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est de comprendre, d'un point de vue social et individuel, ce qui sous-tend le phénomène québécois de l'accouchement vaginal sous anesthésie épidurale et les résistances qu'il rencontre. L'objectif secondaire est de déterminer s'il existe un fondement existentiel au phénomène et un contenu théologique à la réponse qui y est faite.

3. Méthode de l'étude

La méthodologie de théorisation ancrée, telle que développée par Strauss et Glaser en 1967 (Glaser & Strauss, 1999), est ici retenue. Cette méthodologie étant d'abord inductive, soit partant de l'expérience des parents, plus précisément de ce qui le préoccupe dans un champ d'études précis, ici l'accouchement sous ou sans anesthésie épidurale. On mise ici sur l'identification de la problématique par les participants et les stratégies mises en place pour y répondre. La théorisation ancrée vise le développement d'une théorie basée sur une catégorie centrale et des catégories associées émergeant de la collecte et l'analyse de données (entretiens, mémos, etc.) qui se font simultanément. Ainsi, suivant cette méthodologie, la cadre théorique ne doit pas être développée préalablement à la recherche mais doit se développer en cours d'études :

« [Grounded theory is] derived from data, systematically gathered and analyzed through the research process. [...] A researcher does not begin a project with a preconceived theory in mind [...]. Rather, the researcher begins with an area of study and allows the theory to emerge from the data. » (Strauss & Corbin, 1998)

Cette méthodologie est jugée la plus appropriée pour le sujet traité dans cette étude, car bien que plusieurs études se soient penchées sur les facteurs entourant son utilisation, nous ne comprenons pas les motivations des parents ni leurs préoccupations sur le sujet. Précisons enfin que si plusieurs branches de théorisation ancrée existent aujourd'hui, mais celle adoptée ici est la théorisation ancrée glaserienne, aussi dites « théorisation ancrée classique ».

4. Population à l'étude

La population d'abord ciblée est toutes les mères et pères vivant une expérience d'accouchement vaginal en Estrie. Parallèlement, des professionnel-le-s en périnatalité pourront être rencontrés, car ils ont cumulé une expérience pouvant alimenter le projet.

5. Échantillonnage

Un échantillonnage non probabiliste de convenance sera d'abord utilisé pour identifier les premiers participant-e-s de l'étude, puis ensuite un échantillonnage théorique.

L'échantillonnage théorique est central en théorisation ancrée: la chercheuse doit simultanément collecter, coder et analyser les données, et ce processus continu lui permet de déterminer quels données elle doit ensuite amasser afin d'ultimement développer la théorie qui s'en dégage.

La théorisation ancrée indique qu'il ne faut pas prévenir dès le départ si certaines variables (sexe, âge, etc.) auront un impact, mais plutôt les considérer au fur à la mesure selon l'analyse continue tout en s'assurant de rencontrer une diversité de participant-e-s (primipare et non primipare, femmes avec ou sans facteurs de risque, lieux de naissance, origine ethnique, etc.).

6. Taille de l'échantillon et critères d'inclusion et d'exclusion

L'échantillonnage théorique arrête quand les codes sont saturés, élaborés et intégrés dans la théorie (Glaser, 1978, p.35), c'est-à-dire lorsque les nouvelles données n'ajoutent plus au cadre conceptuel développé suite aux entretiens précédents. La taille de l'échantillon n'est donc pas déterminée à l'avance, comme dans plusieurs démarches qualitatives, mais par la saturation de données: toutefois, on parle normalement de 20 à 30 entretiens, mais considérant la complexité de notre question, nous prévoyons déjà aller bien au-delà de cela.

6.1 Critère d'inclusion

- Être un parent, d'un enfant qui naîtra bientôt en Estrie (CHUS, au centre de maternité de l'Estrie ou à domicile) et dont l'accouchement est prévu par voie vaginale.

ou

- Être parent d'un enfant né en Estrie (CHUS, au centre de maternité de l'Estrie ou à domicile) depuis janvier 2014. La femme doit avoir accouché ou avoir tenté accoucher par voie vaginale.

ou

- Être un professionnel-le-s en périnatalité (infirmier-ère, accompagnant-e, médecin, sage-femme, intervenant-e communautaire, etc.) actuellement actif en Estrie.

6.2 Critère d'exclusion

- Avoir moins de 18 ans.
- Ne pas parler français.
- Pour les parents : accouchement sous césarienne planifié.

7. Recrutement

Le premier bassin de recrutement se fera par un recrutement par affichage électronique (voir annexe). D'autres participant-e-s seront ensuite contacté-e-s par téléphone ou courriel, selon les recommandations des premiers participants ou selon les éléments jugés importants à développer suite à l'analyse des entretiens précédents (méthode boule de neige).

Tel qu'indiqué plus haut, la théorisation ancrée indique qu'il ne faut pas sélectionner les participant-e-s en jugeant a priori des variables qui seront pertinentes pour l'étude. Néanmoins, une intention est placée en début de projet de s'assurer de rencontrer une diversité de participant-e-s (primipare et non primipare, femmes avec ou sans facteurs de risque, lieux de naissance, origine ethnique, etc.).

8. Variables et collectes de données

8.1 Identification des concepts et expériences faisant l'objet de l'étude

En théorisation ancrée, ce sont les participants qui mettent en lumière les éléments centraux de la recherche, et non. Nous partons donc d'un champ d'étude, ici le phénomène de l'accouchement sous anesthésie épidurale, pour ne dégager ce qui préoccupe principalement les participant-e-s et ultimement développer une théorie.

Les concepts émergeant de la recherche seront approfondis avec une nouvelle revue de littérature durant le processus de collecte de données.

8.2 Méthode de collectes de données

Plusieurs sources de données seront utilisées lors de cette étude :

- A. Entretiens semi-dirigés auprès de parents (père et mère; individuel ou en couple au choix des parents) et auprès de soignants et intervenant-e-s en périnatalité. L'idéal en théorisation ancrée est que les préoccupations du participant-e soit au cœur de l'entretien et que l'apport de l'intervieweur soit minimale. Glaser propose ainsi de ne pas avoir de devis d'entretien préétabli, et d'utiliser plutôt une méthode d'entretien qui ressemble plus à une conversation. (*adjusted conversational interviewing*). (Glaser, 1978, 1998) Ainsi, le premier entretien débutera par une question large (« Que pensez de l'accouchement sous anesthésie épidurale? »), en développant, si nécessaire, sur leur expérience, les avantages et inconvénients perçus à son utilisation. Les entretiens ultérieurs seront bonifiés de question en lien avec les catégories émergentes (par exemple, « raisons du refus »).
- B. Observation participante : la chercheuse se rendra sur les milieux des accouchements estriens (maternité du CHUS, centre de maternité de l'Estrie). Si le parent l'autorise lors de l'entretien, elle pourra aussi assister, à titre d'observatrice ayant un rôle passif, à l'accouchement: ceci permettrait ainsi d'observer comment les désirs initiaux du couple face à l'épidural peuvent être complexifiés lors du moment venu, avec l'ajout d'éléments qui n'avaient peut-être été considérés au préalable, par exemple. Des notes seront prises suite à ces observations et retranscrites pour analyse.
- C. Mémos : centraux à la théorisation ancrée, les mémos sont la prise de notes, dans un calepin que la chercheuse traînera continuellement avec elle, de toutes idées, liens, catégories, etc. qui permettent la conceptualisation des données et l'émergence de la théorie. Ces idées seront retranscrites dans un document pour analyse.
- D. Tout autre élément jugé pertinent : « All is data » en théorisation ancrée. Les réflexions rencontrées sur le sujet dans des revues populaires, le contenu d'émission sur le sujet (ou non), la lecture de livre historique sur l'accouchement : tout cela ne sont que quelques exemples de données qui pourront être amassées et codifiées.

9. Déroulement de l'étude

Les personnes intéressées seront contactées par téléphone ou par courriel pour présenter l'étude et éventuellement fixée une date et un lieu de rencontre. Marie-Noëlle Bélanger-Lévesque réalisera l'entretien à l'endroit qui leur convient le mieux (domicile, lieu de travail, lieu public). Les personnes acceptant de participer à l'étude devront remplir le formulaire de consentement (voir annexe) au début de la rencontre. Durant et suite à l'entretien, la chercheuse prendra des notes, puis un codage et une analyse seront le plus rapidement réalisés afin de préparer le prochain entretien.

À chaque mois, l'équipe de recherche se concertera pour s'assurer du bon déroulement de la recherche, à savoir : préciser les catégories émergentes, discuter des termes décrivant le mieux ces catégories, indiquer des éléments sous-développés ou des groupes sous-interrogés, etc.

10. Analyse des données

Tel qu'indiqué plus haut, le processus d'analyse se déroule en continu durant toute la collecte de données : des allers retours seront ainsi faits entre analyse et terrain.

La théorisation ancrée identifie trois niveaux de codage des données. À chaque niveau, il y a une comparaison continue entre codes des entretiens, des mémos et des autres données.

- 1- Le codage initial (ou substantif) permet de résumer les données empiriques. L'idée est d'en dégager le concept central (*core variable*) en posant la question : « Sur quoi portent une étude qui contient ces données » (*What is this data a study of?*) « Cet incident révèle quelle catégorie » « Qu'arrive-t-il au juste dans ces données? » Les questions encadrant l'analyse sont donc initialement ouvertes.
- 2- Le codage sélectif débute lorsque sont identifiés la variable centrale ainsi que ses catégories/propriétés. Le codage est alors plus fermé et se limite aux éléments reliés à la variable centrale.
- 3- Le codage théorique conceptualise la manière dont les codes sont reliés entre eux, afin de les intégrer dans la théorie.

Glaser recommande l'analyse faite manuellement à l'utilisation de logiciel, car le chercheur se dégage ainsi d'une simple méthode descriptive des données, qui n'est pas l'objectif en théorisation ancrée mais plutôt l'émergence d'une théorie qui passe par la conceptualisation, plus facile lorsque fait à la main. L'analyse des codes se fera ainsi d'abord à l'écrit dans les marges des données retranscrites, puis lorsque les catégories commencent à émerger, ces codes seront listés dans un document et affichés individuellement sur un tableau, afin de pouvoir les déplacer et comprendre les interactions entre les catégories émergentes et identifier la catégorie principale. Une comparaison sera ainsi constamment faite entre les différentes sources d'informations : entre entretiens avec les parents, avec ceux avec les professionnels, comparaison avec la littérature additionnelle, notes de terrain du chercheur, etc.)

Finalement, si et seulement si cela s'avère pertinent avec les données, une deuxième analyse de contenu sera spécifiquement axée pour répondre à l'objectif secondaire de cette étude, à question même du deuxième objectif soit « déterminer s'il existe un fondement existentiel au phénomène et un contenu théologique à la réponse qui y est fait ». L'analyse se fera alors à partir d'un cadre qui pourra inclure des travaux, tels que ceux sur la spiritualité en situation plus positive (Saroglou, Buxant, & Tilquin, 2008). Le phénomène de l'accouchement sous épidurale pourrait alors être décrit, pour

reprendre le théologien Paul Tillich, en termes de force créatrice d'affirmation de soi spirituelle, le courage en dépit de l'angoisse suscité par cette expérience-limite. (Tillich, 1999)

11. Limites de l'étude

Une première limite méthodologique est d'ordre géographique (Estrée) et peut limiter le caractère généralisable de la théorie développée par cette étude en dehors de l'Estrée : ceci devra être validée ultérieurement.

Une deuxième limite méthodologique est d'ordre temporel, par biais de mémoire : les parents (et les soignants) feront appel à leur mémoire d'évènement.

Une troisième limite méthodologique est d'ordre subjective : bien que désirant rencontrer le maximum de participant-e-s jusqu'à obtention de la saturation des données, il est possible que certains éléments qui auraient été amenés par d'autres participant-e-s ne seront pas discutés. Si le caractère subjectif des sujets discutés et la méthode d'analyse utilisée peut paraître une limite pour certains, le sujet même indique l'importance d'une méthode inductive permettant une conceptualisation.

12. Considérations éthiques

Les participant-e-s recevront des informations détaillées concernant les objectifs, les risques et les bénéfices de l'étude. Ils seront également informés de la nature volontaire de leur participation. Une attention particulière sera accordée à la confidentialité des données recueillies dans les entretiens, en remplaçant le nom des participant-e-s par des codes auxquels seuls les chercheurs participant à ce projet ont accès et en assurant une conservation de données sous clé.

De plus, le sujet étant sensible pour plusieurs parents et soignants, il sera important d'indiquer d'entrée de jeu que cette recherche ne se veut pas une hiérarchisation de l'expérience de l'accouchement, qui promeut une façon de faire au-delà de d'autres. Il sera ainsi mis de l'avant que chaque femme, chaque couple a le droit de vivre son accouchement comme elle l'entend, sans qu'elle se sente jugée, que l'intérêt derrière le sujet de l'anesthésie épidurale est de mieux comprendre le phénomène et que, par conséquent, l'on respecte et soutienne les couples dans leurs désirs et décisions, quels qu'ils soient. Les parents ayant des problématiques plus importantes seront référés à un-e professionnel-le approprié-e (travailleur-se social-e, intervenant-e en soins spirituels, psychologue, etc.)

13. Retombées anticipées

L'étude nous permet de mieux comprendre ce phénomène pour viser l'amélioration des soins reçus par la mère, tout en donnant une place au père et une attention particulière au couple vivant leur expérience de naissance. Cette étude s'inscrit ainsi en réponse à la récente publication de l'avis « Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à

faible risque » par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESS) qui nous interpelle ainsi sur l'anesthésie épidurale :

Les données scientifiques nous invitent à un changement de paradigme. En effet, il ne s'agit pas ici d'identifier les situations où l'intervention est « évitable », mais plutôt de considérer l'analgésie péridurale comme un complément à un ensemble incluant l'accompagnement, les approches non pharmacologiques de contrôle de la douleur et des environnements favorables. [...] Cette stratégie augmente en outre la satisfaction des mères. (Rossignol, et al., 2012)

14. Diffusion des résultats

Les résultats constitueront le cœur de la thèse doctorale de Marie-Noëlle Bélanger-Lévesque. Également, les résultats de l'étude seront soumis pour présentation orale ou d'affiche à différents congrès de gynécologie obstétrique ainsi que la soumission d'un article. Enfin, ils seront présentés aux différents professionnels en périnatalité de l'Estrie et au public intéressé sous de présentation publique.

15. Échéancier

- Août 2016 – Mars 2017 : collecte et l'analyse simultanée des données.
- Mars – Août 2017 : rédaction des résultats
- Août 2017 : dépôt de la thèse et diffusion des résultats.

16. Budget

Le projet n'a pas de coût et ne nécessite pas de source de financement, autre la bourse d'étude doctorale de Marie-Noëlle Bélanger-Lévesque (Fond de recherche Québec – Société et culture)

Références

- Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U., & Wijma, K. (2005). Fear, pain, and stress hormones during childbirth. *J Psychosomatic Obstet Gynecol*, 26, 153 - 165.
- Bélanger-Lévesque, M.-N. (2012). *La spiritualité en salle de naissance: exploration de l'expérience du parent*. Unpublished M.A., Université de Sherbrooke (Canada), Ann Arbor.
- Bélanger-Lévesque, M.-N., Pasquier, M., Roy-Matton, N., Blouin, S., & Pasquier, J.-C. (2014). Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open*, 4(2).
- Capogna, G., Camorcia, M., & Stirparo, S. (2007). Expectant fathers' experience during labor with or without epidural analgesia. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 16(2), 110-115.
- Chalmers, B., Kaczorowski, J., O'Brien, B., & Royle, C. (2012). Rates of Interventions in Labor and Birth across Canada: Findings of the Canadian Maternity Experiences Survey. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 39(3), 203-210.
- Chang, K.-Y. M., MS, Chan, K.-H. M., Chang, S.-H. P., Yang, M.-C. P., & Chen, T. H.-H. P. (2008). Decision Analysis for Epidural Labor Analgesia With Multiattribute Utility (MAU) Model. *Clinical Journal of Pain*, 24(3), 265-272.
- Chapman, L. L. (2000). Expectant fathers and labor epidurals. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 25(3), 133-138.
- CIANE. (2013). Douleur et accouchement. *Enquête sur les accouchements*, 5(Avril), 64. Retrieved from <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
- Glaser, B. (1978). *Theoretical Sensitivity*. Mill Valley (California): The Sociology Press.
- Glaser, B. (1998). *Doing Grounded Theory: Issues and Discussions*. Mill Valley (California): The Sociology Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1999). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Transaction.
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 12, 55-55.
- Hall, W., Stoll, K., Hutton, E., & Brown, H. (2012). A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 78.
- Heinze, S., & Sleight, M. (2003). Epidural or no epidural anaesthesia: Relationships between beliefs about childbirth and pain control choices. *J Reprod Infant Psychol*, 21, 323 - 333.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., et al. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).

- Kannan, S., Jamison, R. N., & Datta, S. (2001). Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 26(5), 468-472.
- Klassen, P. E. (2001). *Blessed events: religion and home birth in America*. Princeton: Princeton University Press.
- Klein, M. C., Grzybowski, S., Harris, S., Liston, R., Spence, A., Le, G., et al. (2001). Epidural analgesia use as a marker for physician approach to birth: implications for maternal and newborn outcomes. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 28(4), 243-248.
- Koteles, J., de Vrijer, B., Penava, D., & Xie, B. (2012). Maternal characteristics and satisfaction associated with intrapartum epidural analgesia use in Canadian women. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 21(4), 317-323.
- Le Ray, C., Goffinet, F., Palot, M., Garel, M., & Blondel, B. (2008). Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 35(3), 171-178.
- Orejuela, F., Garcia, T., Green, C., Kilpatrick, C., Guzman, S., & Blackwell, S. (2012). Exploring Factors Influencing Patient Request for Epidural Analgesia on Admission to Labor and Delivery in a Predominantly Latino Population. [Article]. *Journal of Immigrant & Minority Health*, 14(2), 287-291.
- Poore, M., & Foster, J. C. (1985). Epidural and no epidural anesthesia: Differences between mothers and their experience of birth. *Birth: Issues in Perinatal Care & Education*, 12(4), 205-212.
- Rosignol, M., Boughrassa, F., & Moutquin, J.-M. (2012). Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque. *ETMIS*, 8(14), 1-134.
- Saroglou, V., Buxant, C., & Tilquin, J. (2008). Positive emotions as leading to religion and spirituality. [Article]. *Journal of Positive Psychology*, 3(3), 165-173.
- Schytt, E., & Waldenström, U. (2010). Epidural analgesia for labor pain: whose choice? [Article]. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(2), 238-242.
- Sheiner, E., Sheiner, E. K., Shoham-Vardi, I., Gurman, G. M., Press, F., Mazor, M., et al. (2000). Predictors of recommendation and acceptance of intrapartum epidural analgesia. *Anesthesia And Analgesia*, 90(1), 109-113.
- Sjöblom, I., Nordström, B., & Edberg, A.-K. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*, 22(4), 348-355.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (2ème ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Tillich, P. (1999). *Le courage d'être* (J.-P. LeMay, Trans.). Québec: Cerf - Labor et Fides - Presses de l'Université Laval.
- Van den Bussche, E., Crombez, G., Eccleston, C., & Sullivan, M. J. L. (2007). Why women prefer epidural analgesia during childbirth: The role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11(3), 275-282.

ANNEXE 2 – SCRIPT POUR RECRUTEMENT PAR AFFICHAGE ÉLECTRONIQUE

Accoucher avec ou sans épidurale?

Vous désirez **partager votre histoire** en tant que :

- **Père ou mère** d'un enfant qui naîtra bientôt en Estrie (CHUS, au centre de maternité de l'Estrie ou à domicile) et dont l'accouchement est prévu par voie vaginale.

ou

- **Père ou mère** d'un enfant né en Estrie (CHUS, au centre de maternité de l'Estrie ou à domicile) depuis janvier 2014. La femme doit avoir accouché ou avoir tenté accoucher par voie vaginale.

ou

- **Professionnel-le-s en périnatalité** (infirmier-ère, accompagnant-e, médecin, sage-femme, intervenant-e communautaire, etc.) actuellement actif en Estrie.

Notre **équipe de recherche** désire comprendre le choix des parents associé à l'accouchement vaginal sous anesthésie épidurale.

L'entrevue se déroulera dans le **lieu de votre choix** (domicile, au CHUS, milieu de travail, lieu public, etc.) dans un contexte de respect quel que soit votre expérience.

Contact : Marie-Noëlle Bélanger-Lévesque, doctorante

ANNEXE 3 – GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL (AUTOMNE 2016)

Guide d'entretien

Première rencontre

Objectif : Construire le lien de confiance en partageant autour du contexte et de l'expérience de l'épidurale

Introduction : « *Merci de me recevoir. »*

- Présenter le formulaire de consentement et le faire signer.
- « *Avant qu'on commence, j'aimerais faire quelques remarques. Peut-être que parfois vous sentirez que j'insiste sur quelques éléments, que je demande des précisions sur des choses qui semblent très simples, ou que je reformule ce que vous dites. Ce sont des choses que je ne ferais pas dans une conversation normale, si nous nous étiez très simplement rencontrés dans un lieu public : je fais ces choses parce que ça fait partie du processus de recherche, j'essaie simplement de m'assurer que je comprends bien ce que vous me dites. Je tiens aussi à vous rappeler que vous n'êtes jamais obligée de répondre à aucune question, ou vous pouvez le nommer si vous n'êtes pas à l'aise avec la façon que je pose la question, car ma préoccupation principale est que nous ayons une conversation égalitaire. Finalement, comme on le voyait dans le formulaire de consentement, je ne suis pas là du tout pour poser un jugement sur votre expérience : pour vous, chaque récit d'accouchement est une histoire fascinante à entendre et je me sens privilégié de vous entendre. Avez-vous des questions ? »*
- Demander si la personne accepte que l'entretien soit enregistré.
- « *On va commencer très simplement par quelques questions sur vous. »* Remplir le questionnaire de données sociodémographiques (voir Questionnaire avec données sociodémographiques; à l'oral)

Expérience de l'épidurale : « *Aujourd'hui, j'aimerais vous entendre sur votre expérience de l'épidural lors de ce dernier accouchement... S'il vous plaît, pourriez-vous me dire tout ce qui touche votre expérience de l'épidurale, avant, pendant et après l'accouchement. Je vais écouter et prendre quelques notes, sans vous interrompre jusqu'à ce que vous ayez terminé. Prenez tout le temps que vous sentez avoir besoin et dites-moi tous les détails que vous pouvez vous souvenir qui, à votre avis, est lié au processus qui vous a mené à décider d'accoucher sous épidurale et ce qui en a suivi. »* (Inspiré de Scheibelhofer dans Charmaz 2014, 86)

Questions additionnelles d'approfondissement (si le sujet n'a pas été abordé spontanément) :

- À quel point le fait d'avoir ou non une épidurale a-t-elle été une décision facile ou difficile pour vous?
 - Avant l'accouchement,
 - pendant et
 - après l'accouchement

- Avant l'accouchement, quel était votre avis ou votre expérience de l'épidurale?
 - o Les pour, les contres, des expériences précédentes, des amies ou famille?
- À quel moment durant l'accouchement avez-vous commencé à penser à prendre l'épidurale?
 - o Y a-t-il des personnes ou des conditions qui ont eu une influence dans cette décision?
 - o Selon vous, quelles raisons avez-vous pris l'épidurale?
- Dans quel état étiez-vous lorsque vous avez décidé de prendre l'épidurale?
 - o Étiez-vous hésitante, aviez-vous des inquiétudes, aviez-vous peur?
- Comment vous êtes-vous sentie face à votre décision tout de suite après l'avoir demandé?
 - o Étiez-vous soulagée, toujours inquiète, préoccupée?
 - o Et maintenant?
- Quel impact l'épidural a-t-il eu sur votre accouchement?
 - o Sur vous?
 - o Sur les personnes autour (conjoint, soignant, bébé)?
- Et si c'était à recommencer, quelle serait votre décision?

Conclusion :

- Remerciements : *« Merci de votre témoignage. On peut voir qu'il y a plusieurs raisons qui mènent à accoucher sous épidurale, différente pour chaque femme, et que vous vivez chacune une expérience unique. »*
- Introduction du sujet de la prochaine rencontre : *« Lors de la prochaine rencontre, nous tenterons de voir ensemble si la spiritualité a peut-être pu jouer un rôle dans votre décision ou votre expérience. Si vous le voulez, j'aimerais vous inviter à y réfléchir d'ici la prochaine rencontre. Comme la spiritualité est un sujet rarement abordé dans notre vie de tous les jours pour la majorité d'entre nous, je vous ai préparé un petit mémo qui indique quelques pistes de ce que la spiritualité peut représenter pour différentes femmes qui accouchent. Comme vous pourrez le constater, vous n'avez pas à être nécessairement croyant, pratiquant ou religieux : la personne athée peut vivre une spiritualité aussi. [Remettre le mémo]. Il est possible que certaines et aucun élément de cette liste ne vous rejoigne : il se peut que vous pensiez à d'autres éléments qui n'y sont pas inscrits. Dans tous les cas, ces informations sont précieuses pour le projet afin que je puisse comprendre ce qui se passe pour une diversité de personnes. Ce qui est important pour moi, est que vous soyez à l'aise : en ce sens, avez-vous des questions? »*
- Fixer la date de la deuxième rencontre (moins de 2 semaines, idéalement moins d'une semaine).

Entre les deux entretiens

- Réécouter/retranscrire le premier entretien
- Dégager des éléments de la spiritualité déjà évoqués dans le premier entretien, ou encore des moments intenses, des émotions moins développées : les insérer dans le guide d'entretien.

Deuxième rencontre

Objectif : Saisir l'apport de la spiritualité dans ce processus décisionnel

Introduction : « Lors de la dernière rencontre, vous m'avez permis de mieux saisir ce qui entoure la décision d'accoucher sous épidural, les raisons et les conséquences de cette décision.

Aujourd'hui, comme nous en avons parlé à la fin de la dernière rencontre, nous creuserons pour savoir si la spiritualité a peut-être pu jouer un rôle dans ce processus. Avant qu'on commence, j'aimerais vous rappeler que vous n'avez pas à répondre aux questions si vous ne le désirez pas et que vous pouvez me dire à tout moment si la question ne vous plaît pas, particulièrement aujourd'hui, car la spiritualité n'est pas un sujet que la majorité d'entre nous aborde régulièrement dans notre société. Comme je vous le disais aussi, je ne vous poserais pas ces questions si nous nous rencontrions ailleurs, mais pour moi vos réflexions sur la spiritualité, peu importe ce qu'elles sont, sont précieuses et je souhaite qu'elle puisse mener à de meilleurs soins entourant l'accouchement dans le futur. »

Question d'ouverture : « *Je vous ai laissé un petit mémo lors de notre dernière rencontre sur quelques pistes de ce que je vois derrière la spiritualité, mais en vous disant que cela peut aussi être autre chose pour d'autres. Ma première question est donc très ouverte, en quoi ce mémo, ou autre aspect sur la spiritualité, vous a-t-il fait penser à votre expérience d'accouchement? Pourriez-vous me dire en détails ce qui vous vient en tête quand vous pensez à cela?* »

- *Y a-t-il des aspects de la spiritualité qui touche votre expérience reliée à la décision face à l'épidurale?*

Questions additionnelles d'approfondissement (si le sujet n'a pas été abordé spontanément) :

Avant l'accouchement

- *Avant l'accouchement, quelle est l'influence de vos croyances ou de vision sur la vie sur des décisions concernant des interventions telle l'épidurale?*
- *En quoi cette expérience est-elle similaire ou différente sur le plan spirituel de ce que vous vivez dans la vie de tous les jours?*

Pendant l'accouchement, particulièrement entourant la décision de prendre l'épidurale :

Comment vous sentiez-vous, émotivement, pendant votre accouchement?

- *Quel sens donnez-vous à cette émotion?*
 - *Avez-vous le sentiment que vous avez pu lâcher prise lors de l'accouchement, vous abandonner à ce qui venait?*

- *Pour certaines, l'épidural aurait cet effet, à quel point êtes-vous d'accord avec cela ou avez-vous vécu cela différemment?*
- *Quand vous éprouviez de la douleur, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit? Quelles étaient les images?*
 - *Quelles sont les stratégies que vous aviez prévues et celles que vous avez utilisées pour puiser votre courage dans cette expérience?*

Parlez-moi du soutien que vous avez reçu pendant l'accouchement?

- *Pendant cette expérience, à quel point vous êtes-vous sentie respectée et acceptée tel que vous êtes, notamment par les personnes qui vous entouraient?*
 - *Avant l'épidural,*
 - *lorsque vous avez pris la décision,*
 - *lors de la procédure*
 - *Après*
- *Si le soutien est important, certaines mères m'ont aussi dit que c'était important pour elles de pouvoir être dans leur bulle, un espace où elles peuvent se concentrer et être dans leur monde plus intérieur. En quoi cela correspond-il à ce que vous aviez besoin ou ce que vous aviez envie?*

Pour certains la spiritualité peut être une source de soutien pendant l'accouchement. Un père me parlait entre autre du lien qu'il sentait avec son père décédé.

- *Avez-vous sentie que Quelque chose ou Quelqu'un de plus grand que vous vous guidait lors de l'accouchement?*
 - *Qui? Quoi? Comment?*
 - *Cela a-t-il eu un lien avec votre décision de prendre l'épidural?*
- *Diriez-vous que vous avez prié dans la salle de naissance?*
 - *À qui cette prière était-elle dirigée?*
 - *À quel moment? Avant, pendant, après l'épidural?*
- *Parfois, certains parents parlent d'avoir vécu un moment où ils ont eu conscience de la fragilité de la vie, ou penser à la mort, la leur ou celle de l'enfant : qu'est-ce que ça évoque pour vous?*
 - *À quel moment cela s'est-il manifesté? Avant, pendant, après l'épidural?*
- *Au contraire, en quoi le fait de sentir frappée par la beauté de la vie, ou par une joie profonde correspond-il aussi à votre expérience autour de l'accouchement?*
 - *Avant, pendant, après l'épidural?*
- *Certaines personnes vivent des choses difficilement explicables par la raison, hors de l'ordinaire, de très intense durant l'accouchement. Pourriez-vous me raconter si vous avez fait une telle expérience?*

Après l'accouchement, particulièrement entourant la décision de prendre l'épidurale :

- Certains parents m'ont parlé avoir ressentie une grande gratitude, une envie de remercier la Vie par exemple. En quoi cela décrit-il votre expérience?
 - À quel moment cela s'est-il manifesté? Avant, pendant, après l'épidural?
- Avec ou sans épidural, certaines femmes me disent à quel point elles sont fières de ce qu'elles ont réalisé, ce qu'elles ont accompli cette journée-là. Certaines ont aussi des regrets? Comment cet accouchement vous a-t-il permis de vous dépasser?
 - Comment votre expérience de l'épidural joue-t-il un rôle là-dedans?
- Quel sens donnez-vous à cette expérience d'accouchement? Comment cela s'inscrit-il dans votre vie?
 - Impacts positifs sur la vie
 - Impacts négatifs.
 - En quoi cette expérience change-t-elle votre vision face à la vie?
 - En quoi vos croyances ont-elles pu changer depuis cette expérience?
 - Ce sens est-il différent avec votre expérience de l'anesthésie épidurale?

Conclusion :

- Je n'ai plus de question pour vous, mais j'aimerais que vous me partagiez toutes les choses liées soit à l'épidurale ou à la spiritualité que nous n'avons pas abordées et auxquelles vous pouvez penser maintenant.
- Remerciement : « Merci de votre temps et de votre partage : l'investissement que vous avez pris pour réfléchir la question de la spiritualité avec moi est vraiment précieux à mes yeux. De votre côté, comment vous sentez-vous à la fin de cette rencontre? »
- Communication dans le futur : « Aimerez-vous connaître les résultats? Serait-il possible d'avoir votre courriel? [remplir le document de données] Connaissez-vous quelqu'un qui pourrait être intéressé à me rencontrer? »

Questionnaire avec données sociodémographiques (à l'oral)

Je vous pose simplement ces questions et il est probable que nous y reviendrons plus en détails plus tard :

- Quel âge avez-vous?
- Vous êtes en couple?
 - o Depuis combien de temps?
 - o Homosexuel ou hétérosexuelle?
- Avant la grossesse, quelle était votre occupation principale?
- Quel type d'études avez-vous fait?
- Financièrement, comment vous décriviez-vous : Sous la moyenne, dans la moyenne, au-dessus de la moyenne?
- Vous êtes originaire de la région?
 - o Sinon, d'où?
- Vous définissez-vous comme appartenant à un groupe culturel particulier?
 - o Si oui, laquelle?
- Vous définissez-vous comme ayant une appartenance religieuse?
 - o Si oui, laquelle?

- Combien de grossesses avez-vous eu?
 - o Combien d'enfants avez-vous?
 - o Quels sont leur âge?
 - o Où sont-ils nés?
- Avez-vous eu un accouchement que vous qualifieriez comme plus difficile que la moyenne?
 - o Forcep? Ventouse? Long travail? Risque de césarienne, etc.
 - o Prématurité? Néonatalogie? Transferts (maison de naissance, complications, etc.) Handicap? Décès de l'enfant?
 - o On pourra en reparler plus longuement plus tard

- Comment avez-vous entendu parler de cette recherche?

ANNEXE 4 – GUIDE D'ENTRETIEN MODIFIÉ (HIVER 2017)

Guide d'entretien

Introduction :

« Merci de me recevoir. »

- Présenter le formulaire de consentement et le faire signer.
- Questions sociodémographiques

« Avant de commencer, j'aimerais faire quelques remarques.

Parfois tu sentiras peut-être que j'insiste sur quelques éléments, que je demande des précisions sur des choses qui semblent très simples, ou que je reformule ce que tu dis. Ce sont des choses que je ne ferais pas dans une conversation normale, si nous nous étions très simplement rencontrées dans un lieu public : je fais ces choses parce que ça fait partie du processus de recherche, j'essaie simplement de m'assurer que je comprends bien ce que tu me dis.

Aussi, comme on le voyait dans le formulaire de consentement, je ne suis pas là du tout pour poser un jugement sur ton expérience : pour moi, chaque récit d'accouchement est une histoire fascinante à entendre et je me sens privilégié d'être ici. Toutes ces informations sont précieuses pour le projet afin que je puisse comprendre ce qui se passe pour une diversité de personnes.

Je tiens aussi à te dire que tu n'es jamais obligée de répondre à aucune question, que tu peux me dire si tu n'es pas à l'aise avec la façon que je pose la question ou avec la question que je pose. Ceci est d'autant vrai que le sujet de la spiritualité n'est pas un sujet que la majorité d'entre nous abordent régulièrement dans notre société. Ma préoccupation principale est que tu te sentes confortable. En ce sens, avez-vous des questions?

Acceptez-vous que l'entretien soit enregistré?

Question générale

Qu'est-ce qui te venait à l'esprit en entendant parler de cette recherche?

Qu'est-ce que tu trouves important de dire sur ce sujet?

Question 1 – La spiritualité de la personne

J'aimerais savoir comment, dans ton quotidien, ça se vit la spiritualité?

Question 2 – Le choix d'accoucher sous/sans anesthésie épidurale

J'aimerais t'entendre parler de ton accouchement et de la manière dont tu as décidé de prendre ou non l'épidurale.

Question 3 – Lien entre les deux

Quel lien fais-tu entre ton expérience et la spiritualité dont tu me parlais avant?

- *Comment vis-tu avec ton expérience?*
- *En quoi cette expérience a-t-elle changé ta vie?*

Être attentive à... (thèmes supplémentaires à explorer):

1. Faire face à l'inconnu
2. Stratégies pour faire face à l'inconnu
3. Angoisse et peur
 - a. Contrôle
 - b. Vouloir être certaine, vouloir savoir
 - c. Être une bonne mère, la meilleure
4. M'ouvrir sur l'inexplicable
5. Plonger : demander des détails sur comment il décrit cet espace
 - a. *Qu'est-ce qui vous venait à l'esprit? Quelles étaient les images?*
6. Être frappée par la spiritualité :

Pouvez-vous me décrire cette expérience qui vous dépasse?
7. Être soutenue

Qu'est-ce, ou qui, t'a fait le plus de bien dans cette expérience? Qui t'a le plus soutenue?

Stratégies pour approfondir

- Écouter et tolérer les silences
- « Pouvez-vous m'en dire plus? »
- « Que signifie pour vous X ? »
- Réfléter les propos. Sans extrapoler ou en rajouter.
- « Qu'est-ce qui t'a amené à penser ceci ?
 - À prendre telle décision ?
 - À agir de telle façon ? »

Conclusion :

- *Je n'ai plus de question pour toi, mais j'aimerais que tu me partages toutes les choses liées soit à l'épidurale ou à la spiritualité que nous n'avons pas abordées et auxquelles tu penses maintenant.*
- Remerciement : *« Merci de ton temps et pour ton partage : l'investissement que tu as pris pour réfléchir la question de la spiritualité avec moi est vraiment précieux à mes yeux. »*
 - *De ton côté, comment te sens-tu à la fin de cette rencontre?*
 - *Qu'est-ce que cela représente pour toi de faire cet entretien?*
- Communication dans le futur : *« Aimerais-tu connaître les résultats de cette recherche? Serait-il possible d'avoir ton courriel? »*
- *Connais-tu quelqu'un qui pourrait être intéressé à me rencontrer? »*

Questions sociodémographiques :

- Quel âge avez-vous?
- Vous êtes en couple?
 - o Depuis combien de temps?
 - o Homosexuelle ou hétérosexuelle?
- Avant la grossesse, quelle était votre occupation principale?
- Quel type d'études avez-vous fait?
- Financièrement, comment vous décriviez-vous : Sous la moyenne, dans la moyenne, au-dessus de la moyenne?
- Vous êtes originaire de la région?
 - o Sinon, d'où?
- Vous définissez-vous comme appartenant à un groupe culturel particulier?
 - o Si oui, lequel?
- Vous définissez-vous comme ayant une appartenance religieuse?
 - o Si oui, laquelle?
- Combien de grossesses avez-vous eu?
 - o Combien d'enfants avez-vous?
 - o Quels sont leur âge?
 - o Où sont-ils nés?
- Avez-vous eu un accouchement que vous qualifieriez comme plus difficile que la moyenne?
 - o Forcep? Ventouse? Long travail? Risque de césarienne, etc.
 - o Prématurité? Néonatalogie? Transferts (maison de naissance, complications, etc.) Handicap? Décès de l'enfant?
- Comment avez-vous entendu parler de cette recherche?

ANNEXE 5 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE

Titre du projet: Accoucher sous ou sans épidurale? Analyse sociale et théologique du phénomène de l'accouchement vaginal sous anesthésie épidurale en contexte québécois

Numéro du projet : 2017-1392

Chercheur principal: Pr Marc Dumas, Ph.D.
Département de gynécologie-obstétrique, CHUS, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Chercheurs associés: Dr Jean-Charles Pasquier, MD, Ph.D.
Département de gynécologie-obstétrique, CHUS, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Marie-Noëlle Bélanger-Lévesque, M.A.
Doctorante, Centre d'études du religieux contemporain,
Université de Sherbrooke

Pour plus d'informations ou en cas d'urgence, communiquez avec :

Marie-Noëlle Bélanger-Lévesque

Dr Jean-Charles Pasquier

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes ou serez bientôt un parent d'un enfant naissant par voie vaginale ou êtes un-e professionnel-le en périnatalité. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Deux-tiers des accouchements vaginaux au Québec sont maintenant sous anesthésie épidurale, plaçant la province première au pays : en 2006, alors que le taux québécois atteint 66,7%, la moyenne canadienne se situe à 57,3%.

Dans le discours médical, l'utilisation de l'épidurale est actuellement vue et présentée comme une méthode de « gestion de la douleur ». Toutefois, plusieurs données nous permettent de questionner cette vision unique axée sur la gestion de la douleur. Ainsi, si certains parents désirent accoucher avec épidurale, d'autres ne le veulent pas. Aussi, la recherche nous indique que l'utilisation de l'anesthésie épidurale n'est toujours pas associée avec une amélioration de la satisfaction des parents. Enfin, si plusieurs recherches indiquent des facteurs associés à son utilisation, on ne connaît peu les véritables motivations des parents à désirer ou utiliser l'épidurale.

L'objectif principal de notre étude est de comprendre, d'un point de vue social et individuel, ce qui sous-tend le phénomène québécois de l'accouchement vaginal sous anesthésie épidurale et les résistances qu'il rencontre. Cette recherche ne cherche pas à dire que certaines manières d'accoucher sont meilleures que d'autres : le respect de l'expérience de chacun-e est ici central.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Pour ce faire, nous rencontrerons des parents et des professionnels du monde de la naissance pour un entretien (individuel ou en couple) pour identifier ce qui préoccupe les parents entourant ce sujet. Si vous acceptez de participer à ce projet, des informations seront recueillies par la chercheuse à l'endroit que vous désirez : nous communiquerons avec vous pour fixer une date et un lieu.

Aussi, chez les parents qui attendent un enfant et qui le désirent, la chercheuse vous demandera si vous acceptez qu'elle assiste à l'accouchement. Cette étape est à votre discrétion : vous pouvez refuser en tout temps (lors de l'entretien, à tout moment lors de l'accouchement). Si vous acceptez, vous devrez communiquer avec la chercheuse lorsque le moment sera venu de l'accouchement. Si vous le désirez, un deuxième entretien pourra avoir lieu après l'accouchement, au moment qui vous conviendra le mieux.

COLLABORATION DU SUJET DE RECHERCHE

Nous comptons sur votre collaboration pour être disponible pour un entretien, dont la durée devrait varier entre 30 et 90 minutes, selon votre désir de partager.

Si vous attendez un enfant et que vous acceptez que la chercheuse soit présente à l'accouchement, vous devrez la contacter avant l'accouchement pour qu'elle puisse se déplacer sur le lieu de naissance.

RISQUES OU INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Bien qu'il n'y pas de risques physiques associés à ce projet, les discussions sur ce sujet soulèvent parfois des éléments difficiles liés à l'expérience de la personne, le sujet étant sensible pour plusieurs parents et soignants. Si c'est votre cas et que vous désirez rencontrer quelqu'un pour en discuter, communiquer avec l'équipe en place.

Le seul inconvénient relié à votre participation implique un investissement de temps pour l'entretien et, si nécessaire pour le déplacement.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Vous ne retirez aucun avantage à participer à ce projet. Toutefois, les informations découlant de ce projet de recherche pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la gynécologie-obstétrique et à l'amélioration des soins et services en périnatalité.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses assistants.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants.

ARRÊT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur responsable de l'étude et le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, pour les raisons suivantes :

- Si le chercheur responsable du projet pense que cela est dans votre meilleur intérêt;
- Si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche;
- S'il existe des raisons administratives d'abandonner l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, votre nom sera modifié.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire sécurisé maintenu par le chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le

chercheur responsable du projet ou le CHUS détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois le projet terminé.

Si vous désirez être tenu informé des résultats de cette étude, vous pourrez remettre votre adresse courriel lors de l'entretien.

COMPENSATION

Aucune compensation financière ne sera donnée.

DROITS DU SUJET

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Aucun financement ne soutient actuellement ce projet de recherche. Marie-Noëlle Bélanger-Lévesque a bénéficié d'une bourse doctorale du Fonds québécois de recherche – Société et culture.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant votre participation au projet de recherche SVP vous référer à l'encadré de la page 1.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHUS au numéro suivant : 819-346-1110, poste 14525.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom du participant (lettres moulées)	Signature du participant-e	Date
---	----------------------------	------

Nom de la personne qui obtient le consentement	Signature de la personne qui obtient le consentement	Date
---	---	------

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée au sujet de recherche.

Nom du chercheur	Signature du chercheur	Date
------------------	------------------------	------

